

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE DIREITO**

**GESIANE BUZZANELLO DOS SANTOS**

**DIFERENÇA DE CLASSE NO SUS FRENTE AOS PRINCÍPIOS DA  
UNIVERSALIDADE E DA EQUIDADE: UM ESTUDO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº  
2003.71.07.009606-0 PROPOSTA PELO CREMERS CONTRA O MUNICÍPIO DE  
CANELA-RS**

**CRICIÚMA**

**2015**

**GESIANE BUZZANELLO DOS SANTOS**

**DIFERENÇA DE CLASSE NO SUS FRENTE AOS PRINCÍPIOS DA  
UNIVERSALIDADE E DA EQUIDADE: UM ESTUDO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA  
2003.71.07.009606-0 PROPOSTA PELO CREMERS CONTRA O MUNICÍPIO DE  
CANELA-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado  
para obtenção do grau de Bacharel no curso de  
Direito da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

**CRICIÚMA**

**2015**

**GESIANE BUZZANELLO DOS SANTOS**

**DIFERENÇA DE CLASSE NO SUS FRENTE AOS PRINCÍPIOS DA  
UNIVERSALIDADE E DA EQUIDADE: UM ESTUDO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº  
2003.71.07.009606-0 PROPOSTA PELO CREMERS CONTRA O MUNICÍPIO DE  
CANELA-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Direitos Fundamentais e Políticas Públicas.

Criciúma, 11 de dezembro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Reginaldo de Souza Vieira - Doutor - Unesc - Orientador

Prof. Luiz Eduardo Lapolli Conti - Mestre - Unesc

Prof.<sup>a</sup> Sheila Martignago Saleh - Mestre – Unesc.

**À minha filha, Ana Clara, amor incondicional, por compreender minhas ausências nestes anos, com tamanha maturidade.**

**AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, principal responsável por essa conquista.

Aos meus pais, Maria Estela e Paulo, pelo incentivo e amor que sempre me dedicaram. Por um dia terem acreditado em mim e me proporcionado a chance de realizar os meus sonhos.

Ao meu companheiro Oswaldo, que sempre esteve ao meu lado, com sua paciência, companheirismo e dedicação desmedida.

Ao meu orientador Dr. Reginaldo de Souza Vieira, pelo incentivo e sabedoria que em muito auxiliou na conclusão desta monografia.

Aos meus amigos Alexandra, Michel e Nelson que me incentivaram e ajudaram direta ou indiretamente, convivendo diariamente com minhas angustias e vitórias.

Aos mestres que ofertaram seus grandiosos ensinamentos para que eu pudesse crescer.

Ao escritório Werner Backes Advogados Associados e meus colegas de trabalho, pelo suporte e contribuição imensurável que engrandeceram meus conhecimentos em todos esses anos.

"A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira igualdade... Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real."

Rui Barbosa

## **RESUMO**

O presente trabalho visa, mediante o método de abordagem dedutivo com análise de estudo de caso, e por meio de técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e jurisprudencial, responder a seguinte problemática: “a obtenção de acomodações diversas das oferecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, independentemente de seu quadro clínico, fazendo o pagamento de uma complementação, além da escolha do médico de sua confiança para atendê-lo, assim como o acesso aos leitos do SUS, sem a triagem pelas unidades da rede pública de saúde, fere os princípios basilares do SUS, quais sejam: universalidade e equidade?” Portanto, no intuito de responder a esta questão, o presente trabalho está estruturado em três distintos capítulos. No primeiro, contextualiza-se o desenvolvimento da noção do conceito de saúde ao longo dos tempos, assim como a positivação da saúde ao status de Direito Fundamental, bem como o tratamento dado pelas Constituições Federais de 1824 a 1967 ao direito à saúde. No segundo, resgatando a história do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, evidencia-se o reconhecimento da saúde junto a Constituição de 1988, agora sob a ótica da seguridade social, e, além disso, a criação do Sistema Único de Saúde e seus princípios norteadores. Por fim, no terceiro e último capítulo, faz-se a análise da Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0, a luz dos princípios da Universalidade e Equidade.

**Palavras-chave:** SUS; Direito à Saúde; Diferença de Classe; Princípio da Universalidade; Princípio da Equidade.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AGU – Advocacia Geral da União  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANTC – Associação Brasileira dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Conta do Brasil  
ANS – Agência Nacional de Saúde  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
CEME – Central de Medicamentos  
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul  
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil  
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem - Estar do Menor  
IAPAS – Instituição de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MOPS – Movimento Popular da Saúde  
MPF – Ministério Público Federal  
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
OMS – Organização Mundial da Saúde



ONU – Organização Nacional da Saúde

PAIS – Programas das Ações Integradas de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social

SUAS – Sistema único de Assistência Social

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TRF4 – Tribunal Regional Federal da 4ª Região

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL.....</b>	<b>14</b>
2.1 SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAÇÃO. ....	14
2.2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.....	20
2.3 A SAÚDE NA ESFERA DO SEGURO SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS CONSTITUIÇÕES FEDERAIS DE 1824 A 1967.....	24
<b>3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A SAÚDE NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL.....</b>	<b>34</b>
3.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A INSERÇÃO DA SAÚDE NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. ....	34
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	39
3.3 OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS. ....	43
<b>4 ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 2003.71.07.009606-0, A LUZ DOS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E DA EQUIDADE .....</b>	<b>53</b>
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO “PROCESSO” .....	53
4.2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	57
4.3 OS RECURSOS INTERPOSTOS NO PROCESSO.....	58
4.3.1 Apelação Civil nº 2003.71.07.009606-0/RS .....	58
4.3.2 Recurso Especial nº 996103/RS .....	63
4.3.3 Recurso Extraordinário nº 581488-2/RS .....	65
4.3.3.1 A Audiência Pública e os Pareceres.....	67
4.4 A ANÁLISE DO CASO SOB O PRISMA DOS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E EQUIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. ....	78
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou a Saúde como um direito fundamental do cidadão, direito este que, é dever do Estado e direito de todos. Tal direito ganhou um arcabouço jurídico, por meio das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, onde restou estabelecido um complexo de princípios, regras e limitações no âmbito das políticas de saúde.

Dentre esses direitos, destacam-se a criação do Sistema Único de Saúde, alicerçado sob os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação da comunidade, etc. (BRASIL, 1988). Além destes direitos, estabeleceu o artigo 4ª da lei 8.080, de 1990, que a iniciativa privada também poderá participar do Sistema Único de Saúde, de forma complementar (BRASIL, 1990a).

Desta forma, possuímos um Sistema Público de Saúde de acesso universal, igualitário e gratuito para todos. Contudo, tem-se destacado na realidade a possibilidade de um pagamento adicional, por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde, para obterem acesso/tratamento aos serviços públicos de saúde, de forma mais rápida e confortável, tal prática passou a denominar-se por “diferença de classe”.

Para os defensores do Sistema Único de Saúde, a partir de um olhar mais atento, observaremos que esta prática tem caracterizado um possível confronto (ou até disparidade), entre os princípios da equidade e da universalidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tal questão chegou ao Supremo Tribunal Federal, por meio de Recurso Extraordinário interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, que pleiteava a possibilidade do pagamento da “diferença de classe”. Porém o CREMERS teve sua Ação Civil Pública indeferida no âmbito da justiça de 1º e 2ª grau, o que motivou o conselho a recorrer a Corte Constitucional brasileira.

A depender do julgamento, este pode afetar diretamente o atual modelo vigente do Sistema Único de Saúde, pois aceitar o pagamento da chamada “diferença de classe no SUS”, acarretará em diversas consequências para o sistema de saúde, visto que foi reconhecida a repercussão geral da matéria, e a partir da decisão, esta irá servir como parâmetro para todas as demais decisões acerca do tema em todo o país.

Com base nestes preceitos e na análise da Ação Civil Pública, pretende-se responder o seguinte questionamento: *“A obtenção de acomodações diversas das oferecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, independentemente de seu quadro clínico, fazendo o pagamento de uma complementação, além da escolha do médico de sua confiança para atendê-lo, assim como o acesso aos leitos do SUS, sem a triagem pelas unidades da rede pública de saúde, fere os princípios basilares do SUS, quais sejam: universalidade e equidade?”*.

Tendo por base esta problemática, delineou-se a seguinte hipótese na qual a presente pesquisa pretende se amparar: *“a luz dos princípios da Universalidade e da Equidade o pedido do CREMERS (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul) que tem pleiteado na justiça, por meio de Ação Civil Pública, o direito ao “sistema de classes no SUS” utilizando como escopo as decisões do STF acerca da matéria, atentam contra o acesso universal e igualitário, uma vez que as decisões em comento não possuem caráter coletivo e sim individual na medida em que todos os julgados do STF, em que o pedido de internação hospitalar na modalidade “diferença de classe” foi provido, ocorreu em detrimento ao quadro clínico do paciente que justificava uma internação diferenciada para a proteção do mesmo.”*

Portanto, para almejar a resposta ao problema proposto e a confirmação ou não da hipótese apresentada, esta pesquisa tem por objetivo geral: “Verificar sob enfoque jurídico, se a opção pela diferença de classe, ainda que sem ônus para o Estado, seria conferir tratamento especial e diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população carente às ações e serviços do Sistema Único de Saúde”.

O método de abordagem a ser utilizado no presente trabalho será o dedutivo com análise de estudo de caso. As técnicas de pesquisa utilizadas serão: a) pesquisa bibliográfica em livros, artigos, periódicos, teses e dissertações, com vistas a aprofundar os temas basilares da pesquisa, quais sejam o direito à saúde, o sistema único de saúde, os princípios basilares deste Sistema; b) pesquisa documental, na legislação federal e constitucional.

Com vistas a atingir os propósitos desta pesquisa, estruturou-se o estudo em três capítulos distintos, cada qual delimitado por pontos fundamentais para a análise pretendida.

De início no primeiro capítulo, intitulado a “saúde como um direito

fundamental”, intenta-se contextualizar o desenvolvimento da noção do conceito de saúde ao longo dos tempos, assim como a positivação da saúde ao status de Direito Fundamental, bem como o tratamento dado pelas Constituições Federais de 1824 a 1967 ao direito à saúde, quando imperava o modelo de Seguro Social.

Em seguida, no segundo capítulo, denominado “o Sistema Único de Saúde: a saúde na esfera da seguridade social” pretende-se resgatar a história do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que conquistou junto à promulgação da Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (atrelado à esfera da Seguridade Social) e, além disso, constitucionalizou os princípios que regeriam este sistema de caráter universal e igualitário.

E por fim, no terceiro e último capítulo, intitulado “Estudo de Caso: Análise da Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0, à luz dos princípios da Universalidade e Equidade”, tem-se como objetivo contextualizar todo o transcorrer processual da Ação Civil Pública, bem como os pareceres, sejam favoráveis ou contrários, emitidos na Audiência Pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal para tratar do tema “diferença de classe”, para ao fim, à luz dos princípios da Universalidade e equidade, apresentados no decorrer do presente trabalho, completar a análise da presente Ação Civil Pública com o propósito de ratificar ou não a hipótese levantada e responder a problemática posta.

## **2 A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL.**

### **2.1 SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAÇÃO.**

Afinal, o que é saúde? Dependendo da época, do lugar, da classe social, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, afirma Scliar (2007, p.30). Nos primórdios, a saúde estava ligada a um conteúdo místico, que somente se afasta com o Renascimento e o advento do Estado Moderno (VIEIRA, 2013, p. 264). Portanto, para conceituar saúde faz-se necessário contemplar diversos aspectos, podendo variar de acordo com a conjuntura social, econômica, política e cultural (SCLIAR, 2007, p. 30).

Nesse diapasão, dominava o pensamento mágico/religioso entre os povos primitivos e antigos. Nas diversas culturas quem curava os doentes eram os feiticeiros, curandeiros, xamãs, sacerdotes (SCLIAR, 2007, p.16-17). Para exemplificar esse pensamento basta olharmos para a mitologia grega, onde conta-se que só Apolo (o deus da medicina), possuía o dom de curar as doenças que ele mesmo mandava para a terra (HEGENBERG, 1998, p. 19). Para além da mitologia, Scliar (2007, p. 22) menciona que a cura para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais e não apenas por métodos ritualísticos.

No mundo grego da era clássica (séc. V a.C.) o ser humano ideal era uma criatura equilibrada no corpo e na mente, e de traços harmoniosos. Apoiados numa religião panteísta, os gregos além de cultuarem o deus da medicina (Asclepius), cultuavam duas outras deusas Hygieia (deusa da saúde) e Panacéia (deusa da cura) (SCLIAR, 2005, p. 21).

A visão racional da medicina aparece somente com Hipócrates, considerado o pai da medicina, que reconhece a doença como parte da natureza, possibilitando uma gradual transição da consciência mítica ao pensamento racional, de tal modo, acreditava que a saúde era expressão de uma condição de equilíbrio do corpo humano (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 10).

Segundo Scliar (2007, p. 32-33) Hipócrates postulou a existência de quatro fluídos (chamados de humores) presentes no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, portanto o equilíbrio desses elementos era base para a saúde. A saúde passa a ser observada a partir de uma visão epidemiológica do problema de saúde - enfermidade.

Para Vieira (2013, p. 265) Hipócrates,

Acreditava que os componentes do universo (a água, a terra, o fogo e o ar) e, portanto, do próprio organismo, eram responsáveis pelas características deste, e que suas variações quantitativas representavam o equilíbrio e o desequilíbrio: a saúde e a doença. Nessa concepção, ter saúde significava não possuir doenças.

Roma, não avançou muito em conhecimentos sobre o corpo e a doença, por herdar a cultura grega a partir da conquista do Mundo mediterrâneo, ela incorporou a medicina e as ideias relativas à saúde dos gregos, sendo que “as duas principais contribuições de Roma na esfera da saúde pública podem ser identificadas nos campos da higiene coletiva e da medicina social” (AITH, 2006, p. 57-58).

Com relação à higiene coletiva, os romanos edificaram um sistema de abastecimento de água potável para população, por meio dos aquedutos, também construíram redes de esgoto sanitário, etc. No que diz respeito à preocupação com os aspectos sanitários relacionados com a prevenção e o tratamento médico dos mais pobres e expostos, foram criados postos de saúde para escravos e hospitais para mendigos e indigentes. (AITH, 2006, p. 58).

Galeno de Pérgamo (131-202), médico no período romano, elaborou importantes obras de sistematização dos ensinamentos de Hipócrates. Segundo Hegenberg (1998, p. 21) Galeno aperfeiçoou a teoria humoral de Hipócrates, porém a doença continuou a ser entendida como equilíbrio e desequilíbrio de humores. Galeno “via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio” (SCLIAR, 2007, p. 33).

A queda do Império Romano trouxe consequências diretas para a saúde, “nesse sentido, o ocidente europeu medieval, ao invés de prosseguir no trajeto não supersticioso para o tratamento das doenças, veio a “recuperar” as tradições sobrenaturais do pré-clássico” (VIEIRA, 2013, p. 266).

Assim por influência do Cristianismo a doença passou a ser vista como resultado do pecado e, a cura era por meio da fé. Os hospitais da época eram administrados por ordens religiosas, que os consideravam como lugar de abrigo e conforto para os doentes, e não como lugar de cura (SCLIAR, 2007, p. 33). Ressalta Vieira (2013, p. 266) que “para a cura, eram recomendadas rezas, penitências,

invocações de santos, unções, enfim, procedimentos para a purificação da alma”.

Scliar (2005, p. 29) ilustra bem o tratamento dado à saúde no período medieval: livros que recomendavam os doentes usarem um amuleto com a palavra mágica abracadabra; febres tratadas com uma felpa de madeira de uma porta por onde passou um eunuco; lesões oculares tratadas a partir do toque com três dedos e expectorando-a, etc.

A visão atrasada da religião quanto ao processo saúde/doença, somente vem a ser alterada no final da Idade Média, com o surgimento da escola médica, a partir de 1240, em Salerno, na Itália, que utilizava as obras de Hipócrates, de Galeno e dos mestres árabes (SCLIAR, 2005, p. 32).

O período denominado de Renascimento teve importante impacto para romper com a concepção de saúde vinculada ao sobrenatural ou à punição divina (VIEIRA, 2013, p. 267). Nos dizeres de Hegenberg (1998, p. 22) durante “os séculos XIV e XV ocorre a transição: o mundo se torna cada vez menos medieval e cada vez mais moderno”.

Hegenberg (1998, p. 23) assinala que Paracelso (1493-1541), foi um dos primeiros a combater as doutrinas de Hipócrates e de Galeno, Paracelso, estudioso da alquimia, vivia na Suíça e concebeu a doença como um processo “anômalo” que ocorre nos organismos, para o alquimista, “a doença era decorrência de desequilíbrios químicos dos sucos digestivos”.

Outro importante estudioso foi René Descartes, pois definiu que o ato de adoecer vinculava-se à relação entre corpo e mente (VIEIRA, 2013, p. 268):

Nessa concepção, o corpo funcionava como uma máquina. O fortalecimento dessas descobertas veio a ocorrer em conjunto ao desenvolvimento da anatomia. Desse modo, a doença deixou de ser entendida como concepção humoral e passou a ser localizada nos órgãos. Como consequência dessa descoberta, acelera-se o processo de evolução da concepção de saúde e doença (VIEIRA, 2013, p.268).

Durante o período do século XVIII, “na onda” das ideias iluministas e com a consolidação do Estado Moderno Liberal, a atuação do Estado foi no sentido de eliminar o charlatanismo por meio do controle dos trabalhos de medicina cirúrgica e farmacêutica (VIEIRA, 2013, p.269). De acordo com Dallari (2003, p. 41) não resta dúvidas que a “sistematização da polícia médica resulta, especialmente, da profunda influência exercida – durante todo o século XVIII – pela filosofia do Iluminismo, que



considera a razão o único caminho para a sabedoria”.

É a partir desse período (advento do Estado Liberal), que as bases da concepção contemporânea de saúde pública foram construídas, sendo característica a preocupação “em curar as doenças e não prevenir as condições que poderiam desencadear o seu aparecimento” (VIEIRA, 2013, p. 269).

Dallari afirma que até o período industrial:

A única preocupação era afastar o doente, tanto para impedir a possível visão desagradável como, mais tarde, para impedir o contágio. E é importante lembrar que em todos os casos sempre foi a própria comunidade que se organizou para criar e manter esses hospitais, recolhimentos de doentes e miseráveis. (DALLARI, 1998, p.329)

Segundo Dallari (DALLARI, 1998, p.329) a industrialização no século XIX, foi, “causa da assunção pelo Estado da responsabilidade pela saúde do povo”, pois de acordo com Vieira (2013, p.69) “havia a preocupação de que o adoecimento do trabalhador poderia comprometer a produção industrial, e, por consequência, os lucros”.

Por conseguinte, foi essa realidade e a crise do abstencionismo estatal que levaram ao advento do Estado Social, no qual seria repensada a concepção curativa da saúde. Esse novo cenário, que se alia a um novo modo de visualizar as relações sociais e o papel do Estado, fez com que a preocupação com o meio social no qual estava inserido o trabalhador e o ser humano de forma geral fosse considerada no papel interventor do ente estatal, inclusive em relação à saúde. (VIEIRA, 2013, p.270).

Com o advento do Estado Social, as relações sociais e o papel do Estado foram redesenhados, a intervenção estatal passou a ocorrer em relação à saúde, sendo que “no início do século XX foi implantada a “proteção sanitária” como política de governo”. (VIEIRA, 2013, p. 270).

De acordo com Dallari (2003, p. 42- 43), os últimos anos do século XX, representaram uma nova concepção da saúde pública, influenciada pelo fracasso de algumas políticas estatais de prevenção que esbarraram nos limites da exclusão social, ou pela constatação de que comportamentos individuais tem importância quanto ao estado de saúde.

Ressalta Sciliar (2007, p. 36) que só no final da Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), se alcançou um “consenso” quanto ao conceito de saúde.

Durante a Conferência Sanitária Internacional, celebrada em Nova Iorque entre 19 de junho e 22 de julho de 1946 (assinada em 22 de julho do mesmo ano pelos representantes de 61 Estados) restou estabelecido no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde que, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”<sup>1</sup> (CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1946).

Observa-se o alargamento da definição de saúde já no conceito herdado da OMS, recuperando o trabalho de Hipócrates, Paracelso e Engels quando tacitamente reconhece a essencialidade do equilíbrio interno do homem com o ambiente (SCHWARTZ, 2001, p.36).

A OMS, portanto, em seu conceito, alargou o conceito de saúde, que anteriormente estava resignado aos aspectos “curativos” e “preventivos”. Adentra na chamada “promoção” da saúde ao propor que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também um completo bem-estar, seja físico, mental ou social (SCHWARTZ, 2001, p.36).

Segundo Scliar (2007, p. 37) o conceito de saúde adotado pela OMS “refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações”.

A amplitude do conceito da Organização Mundial de Saúde acarretou diversas críticas, de acordo com Segre e Ferraz (1997, p. 539) “essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral”. Segundo os autores, irreal porque aludindo ao “perfeito bem-estar”, coloca uma utopia, pois o que seria esse perfeito bem-estar, por acaso poderíamos caracterizar a perfeição? São algumas interrogações que Segre e Ferraz colocam para questionarem o conceito da OMS (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Em 1978, entre os dias 6 e 12 de setembro, ocorreu à Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, na cidade de Alma-Ata, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Para Vieira (2013, p. 280) “essa Declaração constituiu-se um marco, por estabelecer princípios e metas para que se pudesse ter até o ano 2000, a nível mundial, uma saúde “aceitável” para

---

<sup>1</sup> - Tradução livre: “A Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

todos os povos do mundo”.

Enfatiza-se no inciso I, da Declaração de Alma-Ata (1978), que além da conceituação de saúde definida pela Constituição da OMS, a saúde:

é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Schwartz (2001, p.35) observa que o conceito de saúde perpassou por várias hipóteses, dentre elas, a tese “curativa” (cura das doenças) e a tese “preventiva” (mediante serviços básicos de atividade sanitária), e conclui que “ambas as teses têm como base a visão de que a saúde é a ausência de doenças (uma visão organicista)”.

Schwartz (2001, p. 39) conclui que a saúde deve ser compreendida como um “processo sistêmico, significando que é uma meta a ser alcançada e que varia de acordo com a sua própria evolução e com o avanço dos demais sistemas com os quais se relaciona, em especial o Estado e a própria sociedade”.

No Brasil, o processo de construção do conceito de saúde não foi diferente, antes da colonização por Portugal, os indígenas quando adoeciam recorriam para a concepção mitológica de saúde, os curandeiros e pajés, tratavam as enfermidades a partir de rituais e uso de produtos vegetais e animais (SCLIAR, 2005, p. 102).

Essa concepção de saúde ligada ao sobrenatural foi, ao longo dos tempos, superada a partir de importantes trabalhos de Osvaldo Cruz, como a identificação da peste Bubônica em Santos, que resultou na criação de dois institutos soroterápicos (em São Paulo e no Rio de Janeiro) para fabricarem o soro antipestoso. O combate à febre amarela que compreendia dois tipos de providência: identificar os doentes e acabar com o foco dos mosquitos. Em seguida com o trabalho de vacinação obrigatória e maciça contra a varíola, que teria desencadeado em 1904, a Revolta da Vacina (SCLIAR, 2005, p. 110-111).

Ainda, ressalta-se a atuação de Osvaldo Cruz no combate a malária que dizimava os trabalhadores da Companhia Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, que construíam a ferrovia no oeste brasileiro, entre a Amazônia e o Mato Grosso. O olhar empirista de Osvaldo Cruz sob a saúde pública lhe atribuiu o título de fundador da

Ciência no Brasil (SCLIAR, 2005, p. 113-114).

No Brasil, é com a Constituição Federal de 1988, que se identifica a conceituação de saúde alinhada com a da Organização Mundial da Saúde, sendo que o artigo 196 da CRFB/1988 assim consagrou:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Schwartz conceitua saúde, para efeitos de aplicação do artigo 196 da CRFB/1988, como:

um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar (SCHWARTZ, 2001, p.43).

Entende Vieira que “Nessa linha, a saúde deve ser visualizada como um processo em construção, não como algo acabado. Ela é influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais” (VIEIRA, 2013, p. 275). Assim, não há dúvidas de que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, adotou em seu texto um conceito amplo de saúde, e ao mesmo tempo, reconheceu esta como direito de todos.

## 2.2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.

Estabelecer uma definição para os direitos fundamentais não é uma tarefa simples. Alerta Sarlet (2012, p. 27) para a problemática em torno da delimitação conceitual e da definição terminológica, haja vista a utilização, tanto da doutrina quanto do direito positivo, de várias expressões (ex: direitos humanos, direito do homem, liberdades fundamentais, etc.). Portanto, para fins deste estudo, deve-se compreender que os direitos fundamentais "se aplicam para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado" (SARLET, 2012, p. 29).

Na conceituação de Dimoulis e Martins (2007, p. 5) direitos fundamentais:

São direitos público-subjetivos de pessoas (físicas ou jurídicas), contidos em dispositivos constitucionais e, portanto, que encerram caráter normativo supremo dentro do Estado, tendo como finalidade limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual.

Algumas características dos direitos fundamentais são: a historicidade, compreendida como o direito natural do homem que vai ampliando no passar do tempo; a inalienabilidade significa que não se pode transferir e desfazer destes direitos; a imprescritibilidade, são exigíveis a qualquer momento, não prescrevem, e por fim, a irrenunciabilidade, ou seja, não possibilidade de renunciar aos direitos fundamentais (SILVA, 2008, p. 181).

Para compreender as dimensões dos direitos fundamentais é necessário reconhecer que desde as primeiras Constituições, estes direitos passaram por diversas transformações, tanto no que diz respeito ao conteúdo, quanto a sua titularidade, eficácia e efetivação (SARLET, 2012, p. 45).

Quanto à preferência em utilizar o termo “dimensões” (e não “gerações”) de direitos fundamentais, assiste razão Sarlet (2012, p. 45), pois o reconhecimento progressivo de novos direitos fundamentais tem caráter cumulativo, de complementaridade, e não de alternância e substituição. Igualmente é o entendimento de Trindade (1997, p. 390), ao afirmar que as chamadas “gerações de direitos” contribuíram para uma visão fragmentada dos direitos humanos, de sorte que hoje já se encontra desmitificada, pois somos testemunhas “de uma expansão, cumulação e fortalecimento dos direitos humanos consagrados, consoante uma visão necessariamente integrada de todos os direitos humanos”.

A classificação adotada por Sarlet (2012, p. 46-48) estabelece três dimensões de direitos fundamentais, a primeira dimensão são os direitos da liberdade; os de segunda dimensão, conhecidos por direitos econômicos, sociais e culturais; direitos de terceira dimensão, os direitos de solidariedade e fraternidade.

Quanto aos direitos fundamentais de primeira e segunda dimensão, ressaltam-se os comentários de Daniel Sarmento. Na primeira dimensão, “os direitos fundamentais acabaram concebidos como limites da atuação dos governantes, em prol da liberdade dos governados” (SARMENTO, 2006, p. 12). Já na segunda dimensão, resgatando as Constituições do México (1917) e de Weimar (1919), Sarmento nos lembra, que estas “trazem em seu bojo novos direitos que demandam

uma contundente ação estatal para sua implementação concreta, [...]. Fala-se em direito à saúde, à moradia, à alimentação, à educação, à previdência etc.” (SARMENTO, 2006, p. 19).

No que diz respeito aos direitos de terceira dimensão, esses foram resultados das “transformações sociais ocorridas nas últimas décadas”, elenca-se a essa dimensão: os direitos de gênero, os direitos da criança, os direitos do idoso, os direitos dos deficientes físico e mental, os direitos das minorias e os novos direitos da personalidade (WOLKMER, 2013, p. 130-131).

Além das três dimensões reconhecidas por Sarlet, Paulo Bonavides (2006, p. 571) acrescenta uma quarta categoria, que seria resultado da globalização dos direitos fundamentais, esta quarta dimensão é composta pelos direitos à democracia, à informação e o direito ao pluralismo.

Para longe dos debates em torno do reconhecimento ou não de uma quarta ou quinta dimensão dos direitos fundamentais e cercado-se da definição terminológica e do processo de evolução desses mesmos direitos até aqui estudados, passar-se-á a análise dos direitos fundamentais à luz da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988, também, chamada de “Constituição Cidadã”, trouxe no Título II, um rol de direitos e garantias fundamentais que vão do artigo 5º ao 17º, esses direitos estão divididos em: direitos e deveres individuais e coletivos; dos direitos sociais; direitos de nacionalidade; dos direitos políticos e direitos de criação, organização e participação em partidos políticos. Salienta-se que todos esses direitos fundamentais, encontrados no Título II da CRFB/1988, contemplam direitos fundamentais de diversas dimensões (SARLET, 2012, p. 67).

Especificamente, interessa para o presente estudo, os direitos sociais elencados no artigo 6º, localizado no Título II, Capítulo II da CRFB/1988 que assim prescreve,

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

A partir do artigo 6º, constatamos o reconhecimento da saúde como direito fundamental e constitucionalmente positivado, o que demanda pelo Estado uma prestação positiva para garantir a saúde de todos, pois como direito

fundamental, possui aplicação imediata (SCHWARTZ, 2001, p. 53), conforme preceitua o parágrafo 1º do artigo 5º da CRFB/1988.

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

§ 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. (BRASIL, 1988).

Depreende-se por meio do parágrafo primeiro, artigo 5º, que, embora as normas que consagram os direitos fundamentais são dotadas de eficácia, aplicáveis diretamente já ao nível da Constituição, e independem de atuação legislativa, todas essas normas são aplicáveis direta/imediatamente na medida de sua eficácia (SARLET, 2012, p. 294).

Neste sentido, embora o artigo 6º da Constituição de 1988 contemple imenso rol de direitos que considera básicos aos direitos sociais, este não especifica caminho para sua concretização.

O artigo 196 da CRFB/1988 reconhece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deverá ser garantida mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Para Schwartz (2001, p.57) a norma do artigo 196 é auto-aplicável e de eficácia imediata, afirma o doutrinador que o “corolário de princípios, regras, normas e leis referentes ao sistema sanitário brasileiro corroboram a ideia de que a saúde é direito fundamental do homem [...]”. Acrescenta o autor que as políticas públicas de saúde são os primeiros meios de efetivação deste direito, e que a atuação judiciária ocorre somente em momento posterior, quando constata-se a não-ação ou inércia estatal na proteção do direito a saúde (SCHWARTZ, 2001, p.57)

E, mais, que essa mesma saúde deve ser interpretada como um direito público subjetivo oponível contra o Estado, sempre: (1) que o bem da vida esteja em jogo no caso concreto; (2) agregado ao requisito anterior, deve haver prova, também no caso concreto, de que o tutelado não possui condições financeiras de arcar com as despesas sanitárias (medicamentos, consultas, exames, internações, novos tratamentos, etc.) referentes ao seu estado de saúde sem que haja comprometimento de seu sustento próprio e de sua família (SCHWARTZ, 2001, p.57).

Considera Sarlet que a norma do artigo 196, da CRFB/1988, integra o rol de direitos fundamentais, previstos no artigo 6º da Magna Carta, pois:

Com efeito, já se viu, oportunamente, que, por força do disposto no art. 5, § 2, da CF, diversas posições jurídicas previstas em outras partes da Constituição, por equiparadas em conteúdo e importância aos direitos fundamentais (inclusive sociais), adquirem também a condição de direitos fundamentais no sentido formal e material, ressaltando, todavia, que nem todas as normas da ordem social compartilham a fundamentalidade material (e, neste caso, também a formal), inerente aos direitos fundamentais. (SARLET, 2012, p. 311).

Dallari afirma que é indiscutível o fato de a saúde ser direito fundamental do homem, pois:

Ninguém tem dúvida de que o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas, assinada pelo Brasil, quando enumera a saúde como uma das condições necessárias à vida digna, está reconhecendo o direito humano fundamental à saúde. (DALLARI, 1986, p.56).

Para verificar o percurso da saúde até atingir o status de direito fundamental na CRFB/1988, será analisado no próximo tópico o tratamento dado a esta a partir da Constituição Federal de 1824.

## 2.3 A SAÚDE NA ESFERA DO SEGURO SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS CONSTITUIÇÕES FEDERAIS DE 1824 A 1967.

Para compreender como o direito à saúde elevou-se ao estado de direito fundamental e social no Brasil, é necessário resgatar o desenvolvimento das Constituições Brasileiras ao longo desses quase 516 anos de história desde o descobrimento do nosso país.

A primeira Constituição do Brasil, outorgada em 25 de março de 1824 pelo imperador Dom Pedro I, não tratou do direito à saúde nem de forma indireta. O efeito marcante dessa Constituição foi o estabelecimento de um quarto poder, o poder moderador, onde estabeleceu no artigo 98 que este poder era a chave de toda organização política, sendo cargo privativo do imperador (pois era o chefe supremo), para que este velasse sobre a manutenção da independência, equilíbrio e harmonia dos demais poderes políticos (BRASIL, 1824).



Igualmente à Constituição de 1824, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891 sequer mencionou sobre direito à saúde. Lembra-nos Vieira que esta Constituição, de concepção liberal, “não procurou estabelecer a intervenção do Estado no campo social, restringindo apenas a guarnecer as liberdades negativas e estabelecer os direitos políticos, [...]” (VIEIRA, 2013, p. 287). Observa-se apenas no artigo 75, o preceito de que a aposentadoria poderia “ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação” (BRASIL, 1891).

A saúde começou a ser tratada como questão social no Brasil a partir do período cafeeiro, pois o governo necessitava de mão de obra assalariada (MARTINS, 2008, p. 41). Assim, o seguro social no Brasil surge em 1923, com a promulgação da Lei nº 4.682 (Lei Elói Chaves) criando o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), onde inicialmente asseguraria aos empregados das estradas de ferro assistência médica, fornecimento de medicamentos, aposentadorias e pensões (BRASIL, 1923). Segundo Cohn e Elias, mesmo com a “resistência de alguns setores e da falta de fiscalização do Estado, as CAPs se multiplicaram rapidamente, sobretudo no Sudeste do país, a época núcleo dinâmico da economia brasileira e sede do poder” (2001, p.16).

Em que pese o caráter controlador dessa política social, como forma de absorver em limites bastante estreitos os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo em que os exclui da esfera pública de participação, ressalta-se que o sistema previdenciário então instituído vem responder a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho (COHN; ELIAS, 2001, p. 16).

A partir de 1930, com a forte crise econômica mundial, o sistema das CAPs passa por reformulações, são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais (COHN; ELIAS, 2001, p.16-17). Os IAPs, criados no período Vargas, apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves, tanto era que os operários tuberculosos tinham dificuldades para receber assistência, obrigando os institutos a criarem legislação própria para esses doentes, comenta Bertolli Filho (2011, p. 33).

Apesar de o atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência, desde a promulgação da lei Elloy Chaves, as

legislações dos vários IAPs revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão. Assim, no Instituto dos Marítimos (IAPm), o período de internação era limitado a trinta dias, e a despesa do Instituto com atenção médica não poderia ultrapassar 8% da receita do ano anterior. Já em outros IAPs, como o dos industriários e dos trabalhadores em transportes e cargas, a atenção médica poderia implicar a cobrança de contribuição suplementar (MERCADANTE, 2002, p. 238).

Se a situação já era difícil para os operários segurados, para os que não contribuíam (ou não tinham carteira assinada), só restava recorrer à caridade pública (os hospitais filantrópicos) que os identificavam como indigentes. O modelo implantado tinha a característica de não ser universal, mas somente assistencialista de seguro social que tinha como público-alvo os trabalhadores assalariados urbanos (BERTOLLI FILHO, 2011; VIEIRA, 2013).

O golpe de 1930 marcou a queda da primeira Constituição Republicana, tendo a Assembléia Constituinte promulgado a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil em julho de 1934, fruto também das mudanças operadas pelo Governo Provisório e da Revolução Constitucionalista de 1932 (RAEFFRAY, 2005, p. 167).

Concernente à saúde, a partir da Constituição de 1934, esta “passa à condição de direito subjetivo do trabalhador no âmbito do Seguro Social fomentado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões” (MARTINS, 2008, p. 42). Alguns dispositivos constitucionais, da CRFB/1934, reforçam a tese da assistência à saúde como condição de direito subjetivo do trabalhador.

Art 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.

§ 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

[...]

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte;

Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

[...]

c) amparar a maternidade e a infância;

[...]

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbididade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. (BRASIL, 1934).

Para Raeffray (2005, p.171), esse “modelo de assistência à saúde visava apenas e tão-somente proteger a relação capital-trabalho”, entretanto, lembra Vieira que, “esse texto constitucional teria a vida mais curta da história constitucional brasileira, pois, em 1937, procurando centralizar ainda mais o poder político, Getúlio Vargas dá um Golpe de Estado” (2013, p. 295).

Com o início do chamado Estado Novo, Vargas outorga a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1937. No que se refere à assistência à saúde, ressalta-se o artigo 16 e 18 da referida carta,

Art 16 - Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

[...]

XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Art 18 - Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule, sobre os seguintes assuntos:

[...]

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais; (BRASIL, 1937).

Com o fim do Estado Novo, em 18 de setembro de 1946, foi promulgada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1946, tratando da questão saúde nos artigos 5º e 157º, mas ressalta-se que a assistência à saúde ainda permanecerá juncida exclusivamente ao trabalhador (MARTINS, 2008, p. 43).

Art 5º - Compete à União:

[...]

XV - legislar sobre:

[...]

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

Art 157 - A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão nos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores:

[...]

VIII - higiene e segurança do trabalho;

[...]

X - direito da gestante a descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego nem do salário;

[...]

XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante;

[...]

XVI - previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte;

XVII - obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho (BRASIL, 1946).

Nesse período, destaca-se a criação do SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência) em 1949, que representou uma inovação na assistência à saúde, pois inaugurou “o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.” (MERCADANTE et al., 2002, p. 237).

Elenca Raeffray (2005, p. 181-182) que também nesse período, houve a reformulação e ampliação das organizações estaduais de saúde, maior intensidade das ações do governo federal no combate a epidemias e grandes endemias e ampliados os recursos destinados à assistência à maternidade e infância; maior preparo do pessoal de saúde pública, por meio dos cursos realizados nos mais diversos Estados. Porém, é marcante nesse modelo a ideia de um sistema de saúde seletivo e contributivo, pois excluía parcelas significativas da população brasileira dos serviços de saúde (VIEIRA, 2013, p.297).

Até o golpe de Estado de 1964, várias outras medidas foram tomadas e legislações infraconstitucionais foram criadas sob a égide da Constituição de 1946, por exemplo: a Criação do Ministério da Saúde, em 1953; a Lei nº 2.312, que dispõe sobre normas gerais de Defesa e Proteção à Saúde, de 1954; a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960; o Decreto nº 49.974 - A, de 1961 (Código Nacional de Saúde) (VIEIRA, 2013; RAEFFRAY, 2005; MARTINS, 2008).

Lembra Vieira que, mesmo com a Constituição da Organização Mundial da Saúde e a Declaração Universal dos Direitos do Homem tendo ampliado o conceito de saúde, entendendo tratar-se de um direito à cidadania, a Constituição de 1946 e as legislações infraconstitucionais não reconheceram a saúde como um direito humano fundamental (VIEIRA, 2013, p. 299).

A política de saúde, mesmo com a criação do Ministério da Saúde em maio de 1953, não teve grandes avanços, pois a nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 1950, confirmando o descaso dos governantes

para com a saúde dos brasileiros. O precário orçamento destinado ao ministério impedia que o Estado atuasse com eficácia na situação da saúde coletiva (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 40-41).

Com a Lei nº 2.312, de 1954, foram sancionadas as normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, atribuindo no artigo 1º o “dever do Estado, bem como o da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”, atribuindo a União, no artigo 2º, “manter um órgão de saúde e assistência” (BRASIL, 1954).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, que propôs a uniformização dos benefícios prestados pelos IAPs (mais tarde, fundidos deram origem, em 1966, ao INPS- Instituto Nacional de Previdência Social), proporcionou a centralização de recursos, permitindo assistência médica a um maior número de segurados, porém, também privilegiando o setor empresarial privado da medicina, por meio dos convênios e contratos de prestações de serviços (RAEFFRAY, 2005, p. 206).

A Lei nº 2.312, de 1954 foi regulamentada pelo Decreto nº 49. 974 - A, de 1961, com a denominação de Código Nacional de Saúde, estabelecendo ao Estado, no artigo 2º:

Adotar medidas preventivas, de caráter geral, para a defesa e proteção da saúde da coletividade”, e ainda, impondo ao Estado o dever de “prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la. (BRASIL, 1961).

Apesar de todas as legislações infraconstitucionais mencionadas, com intuito de desenvolver as políticas relacionadas à proteção e promoção da saúde, o modelo de Seguro Social é reflexo deste período, ao inverso da Europa que passou a adotar o modelo de Seguridade Social. “Todavia, esse modelo de Seguro Social era o que realmente se adequava, naquele momento, às estruturas políticas, econômica e social vigentes, cujo discurso era o médico assistencial privatista” (RAEFFRAY, 2005, p. 208).

Em 31 de março de 1964, um Golpe de Estado, liderado pelos chefes das Forças Armadas, interrompe o período democrático no Brasil sob pretexto de combate ao comunismo e da corrupção. Com o intuito garantir a segurança nacional, implantam o “golpe de 1964”, e para legitimar esse movimento, elaboraram um novo texto constitucional (BERTOLLI FILHO, 2011; RAEFFRAY, 2005).

Em 24 de janeiro de 1967, é promulgada uma nova Constituição para o Brasil, dando à saúde o seguinte tratamento:

Art 8º - Compete à União:

[...]

XIV - estabelecer planos nacionais de educação e de saúde;

[...]

XVII - legislar sobre:

[...]

c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário;

[...]

§ 2º - A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das letras c, d, e, n, q e v do item XVII, respeitada a lei federal.

Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

[...]

IX - higiene e segurança do trabalho;

[...]

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva; (BRASIL, 1967).

Segundo Bertolli Filho, “o primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública” (2011, p. 51). Acrescenta-se, ao fato anterior, o crescimento da medicina previdenciária a partir de 1967, que fez o Governo assumir a dicotomia entre saúde coletiva e individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e a segunda assumida pelo setor privado em convênio com o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (RAEFFRAY, 2005, p. 232-233).

Foi no período de 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde (MERCADANTE et al., 2002, p. 240).

O INPS nasceu com o Decreto-Lei nº 72, de 21 de Novembro de 1966, unificando os Institutos de Aposentadorias e Pensões em um único órgão. “Até 1974, a política de saúde no País era caracterizada pela supremacia dos serviços médico-hospitalares de caráter individual”, sob a supervisão do Instituto Nacional de Previdência Social (MARTINS, 2008, p. 45).

Para Raeffray (2005) a partir de 1974, com o início da abertura política nacional, destacaram-se duas medidas na área da saúde, a primeira é a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), outra é a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A principal inovação com o PPA foi, segundo Mercadante (2002,p. 242) “a determinação de que casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurando ou dependente)”. O FAS, criado pela lei 6.168, de 9 de dezembro de 1974, ficou sob-responsabilidade da Caixa Econômica Federal. Ressalta-se que, “79.7% dos recursos do FAS, aplicados no segmento saúde destinavam-se a ampliação e modernização da capacidade instalada do setor privado” (RAEFFRAY, 2005, p.238).

Em 1975, por meio da Lei nº 6.229 de 1975 (revogado posteriormente pela lei 8.080/90), foi instituído/organizado o Sistema Nacional de Saúde, definido como: “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde” (RAEFFRAY, 2005, p. 239)

Em 1977, com a criação da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, instituiu-se o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social, integrando as seguintes entidades: I - INPS (Instituto Nacional de Previdência Social); II – INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social); III – LBA (Legião Brasileira de Assistência); IV – FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor); V – DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social); VI – IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social; e por fim o CEME (Central de Medicamentos) (BRASIL, 1977).

Ressalta Vieira (2013, p. 307- 308) que:

A criação do SINPAS teve por objetivo dividir em órgãos/entidades diferentes as competências referentes à prestação de benefícios previdenciários e à prestação de serviços médicos. Para tanto, reforça e amplia o volume de recursos para a assistência médica previdenciária, dentro da lógica de compra de serviços privado, aumentando o destino de recursos públicos ao setor privado, que caracteriza a privatização desse setor, nas áreas mais lucrativas ao mercado capitalista. Esse modelo amplia uma prestação de saúde individualizada dentro do complexo médico-hospitalar.

Ainda, destaca Vieira (2013, p.310) que no último governo do regime militar, e já sob a pressão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), foram implantados: o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS); as Ações Integradas de Saúde (AIS); e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).

Por meio do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), criado em 1983, os governos estaduais recebiam recursos de convênios firmados com o Ministério da Saúde e da Previdência Social, e repassavam aos municípios para expansão da cobertura por meio da construção das Unidades Básicas de Saúde e contratação e formação de recursos humanos para os serviços de atenção básica (AGUIAR, 2011a, p. 34).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde sobrevieram importantes debates dos problemas do sistema de saúde e foram lançadas propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública. No ano seguinte, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou a desconcentração das atividades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) implantado por meio de convênio entre os governos federal, estadual e municipal (MARTINS, 2008; AGUIAR, 2011a).

Finalmente, em 1988, é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que inaugura um novo tempo para o direito à saúde. Para Vieira (2013, p. 313) a nova carta constitucional representou um marco no avanço democrático nacional, pois, “pela primeira vez, uma Constituição garante que a saúde é um direito fundamental, e para sua concretização são necessárias políticas públicas”.

Até esse momento no que diz respeito à saúde:

Esta não era tratada como direito social e fundamental do ser humano e nem como patrimônio coletivo da Sociedade, mas como um bem que deveria ser adquirido como qualquer outra mercadoria dentro da estrutura de mercado capitalista. Assim, ao invés de concepção de seguridade social e direito à saúde, universal e não visto apenas na qualidade de prática curativa, a marca desse período norteou-se pela construção da concepção de saúde nos moldes de seguro social, vinculado a um modelo previdenciário e destinado apenas àqueles incluídos no sistema. Aos outros, o destino seria a caridade, na qualidade de indigentes (VIEIRA, 2013, p. 283).



Observa-se que a partir daquele momento histórico, o direito à saúde afasta-se do modelo de seguro social (conforme demonstrado nas Constituições anteriores à 1988) para adotar a concepção de seguridade social. O artigo 6º da CRFB/1988 elenca a saúde como um direito social básico, ainda, dispõe no artigo 194 (da seguridade social) que a saúde, a previdência e a assistência social, serão asseguradas mediante “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade” (BRASIL, 1988).

Com a promulgação da Constituição de 1988 é aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) que, naquele momento, representou a incorporação da maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária que será delineada no próximo capítulo.

### **3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A SAÚDE NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL.**

#### **3.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A INSERÇÃO DA SAÚDE NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.**

Antes de adentrar ao estudo do Sistema Único de Saúde, é importante resgatar os movimentos históricos que marcaram profundamente a reformulação das Políticas Públicas de Saúde em nosso país.

Não se pode falar do SUS, sem relacioná-lo com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que no interior de suas lutas, continuamente objetivou construir os alicerces de um sistema de saúde público que atendesse a todos os níveis de atenção à saúde de forma universal (VIEIRA, 2013, p. 314). Desta forma, retomar alguns fatos para compreender as reivindicações do MRSB é de suma importância.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil durante o período militar optou pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela mercantilização crescente da saúde. Vieira (2013, p. 315) ressalta que o MRSB foi apenas um “afluente do grande rio participativo da Sociedade que participou do processo de construção da CRFB/1988 na qualidade da manifestação da República Participativa”, ainda registra que:

As fissuras no paradigma dominante do capitalismo ditatorial que havia no país – o qual já demonstrava esgotamento com o fim do denominado “milagre econômico”, crise do petróleo e retorno inflacionário, falência do sistema de saúde previdenciário e modelo de privatização da saúde pública – refletiram nos resultados eleitorais da oposição, o que abriu a possibilidade de “forçar” o regime militar a “aceitar” a discussão com manifestações sociais da Sociedade.(VIEIRA, 2013,p. 315)

A partir desse cenário, ganhou espaço nas discussões o MRSB (Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira), assim como outros movimentos sociais que se ampliaram na passagem da década de setenta para a de oitenta, na luta pela “democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da “democratização da saúde.” Mais tarde, a partir da redemocratização, a denominação “reforma sanitária” substituiu aquela do movimento da “democratização da saúde” (PAIM, 2012, p.10”).

De acordo com Vieira (2013, p. 314-315), o MRSB conseguiu unir, sob a “bandeira da saúde pública universal, intelectuais da área da saúde, organizações estudantis, sindicais e comunitárias, movimento da medicina comunitária, movimentos das outras áreas da saúde e o movimento popular em saúde”.

Dentre esses movimentos organizados, o CEBES, fundado em 1976, foi de suma importância para a universalização da saúde pública, no sentido de que foi o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, que postulou a criação de um Sistema Único de Saúde, em 1979, durante apresentação no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde (PAIM, 2002; PAIM, 2012).

Outra organização importante no processo de democratização da saúde foi o MOPS (Movimento Popular em Saúde) que inicialmente participou das discussões no campo da saúde a respeito da medicina comunitária, adotando uma atuação independente e considerando a questão saúde como instrumento de conscientização e politização (GERSCHMAN, 1995, p. 71-72).

Ao comentar sobre a articulação e atuação da sociedade em torno do MRSB, que à época buscava melhorar o sistema de saúde então vigente, destaca Vieira que:

Desse modo, participaram e atuaram nos debates e nas ações do PIASS, Prev-Saúde, PAIS, AIS e SUDS. Por conseguinte, era um movimento que espelhava as contradições e a complexidade de uma Sociedade que procurava reaprender e reinventar a cidadania no país. Portanto, o MRSB sintetizou uma articulação da Sociedade no processo de abertura política do país e para que ele viesse a ocorrer, o que culminou em um rompimento com o modelo de monismo jurídico e da representação da cidadania, já que as bases normativas do SUS não foram construídas pela democracia representativa, mas foram fruto do espaço de agora que a Sociedade havia construído por décadas e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, ao espaço institucional do Estado e ao Congresso Constituinte restou receber esse processo da cidadania participativa da Sociedade e inseri-lo (pelo menos em grande parte) na CRFB/1988. (VIEIRA, 2013, p. 315)

Dentre os anseios do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, destacam-se como principais bandeiras de lutas:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços. (MERCADANTE et al., 2002, p. 246)

Além destas bandeiras havia diversas críticas dos integrantes do MRSB, e uma delas, residia no fato da “Previdência Social sustentar o setor privado de assistência médica, fazendo este crescer com os recursos financeiros do Estado e levando à ineficácia total da assistência médica pública”, à época, a cargo do INAMPS (GONÇALVES, 1999, p.11).

Foi com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que as propostas do movimento da Reforma Sanitária adquiriram sua mais acabada expressão, “o qual introduziu mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo” (GERSCHMAN, 1995, p. 42).

Em 1986, “o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)” (BAPTISTA, 2007, p.49).

A presidência da VIII CNS/1986 ficou a cargo de Sergio Arouca (à época presidente da FIOCRUZ). Recusaram-se a participar da Conferência os representantes do setor privado da saúde, não a reconhecendo como um espaço legítimo de discussão, e igualmente ocorreu com a participação do legislativo (quase nula) (COHN, 1989, p.130).

A VIII CNS incluiu ampla representação de usuários dos serviços de saúde, inclusive estes na condição de delegados com direito a voz e voto. A conferência congregou um expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, dentre os mais diversificados agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada. (MERCADANTE, et al. 2002; VIEIRA, 2013; BRASIL, 2006).

Durante três dias de discussões, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), foram debatidos diversos temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (BRASIL, 1987, p.381). Com a realização da VIII CNS o conceito de saúde foi debatido profundamente, e para longe do significado de “ausência de doença”, observa-se um alargamento do significado de saúde a partir do relatório final da conferência, dessa forma,

1-Em seu sentido mais amplo a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. 2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. 3 - Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1987, p. 381-382)

Observa-se que a definição formulada na conferência, aproximou-se da concepção de saúde estabelecida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), ao definir que a saúde é resultado das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, etc.

Para além das discussões em torno do conceito de saúde, no evento foram debatidos os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, dentre eles: o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular (AGUIAR, 2011a, p. 37).

Para Paim (2008, p.106) concluída a VIII Conferência, novas exigências colocavam-se para o movimento sanitário, pois “a institucionalização das deliberações feitas durante a Conferência passou a representar outra etapa do movimento sanitário com a produção de diferentes fatos”. Como desdobramentos “foram criados a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), a Plenária Nacional de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)” (BARROS, 2011, p.33).

Sobre a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CRNS), comenta Rosario (2015, p. 77) que esta surgiu como “estratégia de inclusão dos princípios da Reforma Sanitária proposta na Conferência na nova Constituição Brasileira”. Conforme Paim (2008, p. 108) a Comissão foi composta de forma paritária por representantes governamentais e da sociedade civil. Como objetivo principal, a Comissão, buscou “formular um texto sistematizado para o setor saúde que pudesse subsidiar as discussões da Assembléia Nacional Constituinte”, ainda, durante seu funcionamento a Comissão “buscou o aprofundamento do Relatório

Final da 8ª CNS, a sistematização de propostas e a articulação nacional do movimento sanitário” (ROSARIO, 2015, p. 77).

A criação da Plenária Nacional de Saúde tinha por objetivo congrega “todos os movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição” (SANTOS, 2013, p. 1). Todo esse movimento de articulação e organização das forças populares em torno da Plenária Nacional possibilitou que “o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático” (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

No ano de 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que para Baptista (2007, p.50) representou um avanço na política de descentralização da saúde, assim como deu “prosseguimento as estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde”. Ressalta a autora, que enquanto o SUDS era implementado, ocorria à discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988.

Baptista comenta que durante o processo constituinte de 1987/1988, sobrevieram algumas disputas que retardaram algumas políticas necessárias para o processo de implementação da reforma sanitária, “tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema”, porém, não foram esses pontos suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios. (BAPTISTA, 2007, p.50-51).

O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo de suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária. (BRASIL, 2007, p.28)

Todo esse movimento ora contextualizado, resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação, em 05 de outubro de 1988, da Constituição da República Federativa do Brasil. Apesar do novo texto constitucional não ter recepcionado na integralidade as propostas de reformulação no setor da saúde, o mais importante foi mantido, a saber: o dever do Estado em criar um sistema universal de saúde, público e de qualidade para os brasileiros.

### 3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mesmo com todas as discussões travadas ao longo dos anos 1970 e início de 1980 em torno do modelo assistencial de saúde que imperava no Brasil, ou seja, o de Seguro Social foi somente com a conclusão do processo constituinte e a respectiva promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que formalmente se instituiu o Sistema Único de Saúde.

Inegavelmente que a institucionalização do SUS na CRFB/1988 só materializou-se graças aos movimentos sociais engajados na defesa da Reforma Sanitária Brasileira. Para Vieira (2013, p. 321) “foi a Sociedade que fez a Constituinte da saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde”, e isso se evidencia pelo relatório final da Conferência, no item nº 1, do tema 2, onde ressalta a necessidade de reestruturar o Sistema Nacional de Saúde por meio da criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional (BRASIL, 1987, p. 384).

E foi o que ocorreu, conforme Vieira (2013, p. 231) “houve a criação de um Sistema Único de Saúde dentro da concepção de Seguridade Social e não de seguro social [...]”, acrescenta o autor que “pela primeira vez na histórica constitucional brasileira, uma Constituição trazia em seu corpo a saúde como direito humano fundamental” (VIEIRA, 2013, p.231):

A instituição do SUS produziu resultados imediatos e importantes, pois rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro de garantir os direitos básicos somente para aqueles inseridos no mercado de trabalho, colocando fim a separação que havia no sistema de saúde público entre os brasileiros incluídos e os não incluídos (BRASIL, 2009, p. 21).

Nos termos do artigo 194 da Constituição de 1988, o SUS é integrante do Sistema Brasileiro de Proteção Social e juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) compõem o tripé da Seguridade Social (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 561).

Conforme o artigo 197 da CRFB/1988, o SUS integra as ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

“O SUS está alicerçado em fundamentos constitucionais e legais que definem seus princípios e objetivos, as atribuições e competências dos entes federados, suas diretrizes operacionais e seus mecanismos de financiamento” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 562).

O artigo 198, da Constituição Federal de 1988, constitui o Sistema Único de Saúde, prescrevendo que,

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Comenta Vasconcelos e Pasche (2012, p. 561) que o Sistema Único de Saúde “é a estrutura organizacional sistêmica do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política”.

Lembra Yunes (1999, p. 65) que o novo modelo inaugurado com a CRFB/1988, estatuiu uma visão ampliada da saúde, sendo que esta não poderia “ser vista isoladamente, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer”, consoante com as definições de saúde estabelecida pela Constituição da Organização Mundial da Saúde, em 1946, e, além disso, pela própria definição de saúde amplamente debatida e aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Outro ponto de destaque no processo de construção do SUS, conforme o artigo 30, inciso VII, da CRFB/1988, foi a municipalização da responsabilidade pela assistência à saúde da população, com recursos a serem fornecidos pela União e pelos Estados (BRASIL, 1988).

Após a promulgação da Constituição de 1988, duas leis foram fundamentais para o processo de implementação do SUS, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, além da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe



sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.

Segundo Baptista (2007, p. 55) a Lei 8.080/90 (conhecida por Lei Orgânica da Saúde) visava regulamentar o SUS, definir seus objetivos e atribuições, tratar do seu financiamento, da regulamentação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, etc. Entretanto, o momento político de formulação dessa Lei não possibilitou agilidade na sua aprovação, pois conforme Vasconcelos e Pasche (2012, p. 560-561) os vetos presidenciais apostos na sanção da Lei 8.080/90 “comprometeram de partida as condições estruturais para implantar o novo sistema”, principalmente nas questões da política de recursos humanos, na restrição do financiamento e na eliminação das formas de participação social, e isso só foi recuperado três meses após a aprovação da Lei 8.080/1990, quando da aprovação de outra (Lei 8.142/90), “complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original, especialmente no que diz respeito ao financiamento e a participação popular”. (BAPTISTA, 2007. p. 56).

As Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, almejavam “delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados” que passaram a integrar e organizar todo esse sistema. (MERCADANTE et al., 2002, p. 249),

O SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, até então dispersas, e pressupõe a articulação de subsistemas e redes verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e sistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para atender adequadamente às demandas por atenção à saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 561)

Nesse sentido, conforme o artigo 4º, caput, da Lei 8.080/90, o SUS foi constituído a partir do “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990a).

Salienta-se que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, consoante o artigo 6º da Lei 8.080, de 1990, estão abarcadas igualmente no campo de atuação do Sistema Único de Saúde: a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; a participação na formulação da política e

na execução de ações de saneamento básico; formação de recursos humanos na área de saúde; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, etc. (BRASIL, 1990a).

Em decorrência dessa multiplicidade de atuação do SUS, ao longo das últimas décadas, sucessivas leis têm complementado o arcabouço jurídico da saúde, e dentre essas se ressaltam:

A Lei 8.689/1993 que prevê a extinção do Inamps e a criação do Sistema Nacional de Auditoria; a Lei 9.836/1999 que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; a Lei 10.424/2002 que estabelece o atendimento e a internação domiciliar; a Lei 11.108/2005 que preconiza o direito ao acompanhamento ao parto; a Lei 12.401/2011 que regulamenta a Assistência Terapêutica e a Incorporação Tecnológica no SUS; a Lei 12.466/2011 que reconhece as Comissões Intergestores como espaço de pactuação; a Lei 9.787/1999 que estabelece o medicamento genérico; a Lei 9.782/1999 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Lei 9.961/2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Emenda Constitucional 29 e a Lei Complementar 141/2012 que regulamentam o financiamento da saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.563).

Quanto à normatização infra legal durante o processo de implantação do SUS, a partir de 1991, esta ocorre por meio de Portarias do Ministério da Saúde, que editou “sucessivas Normas Operacionais (NOB e NOAS) com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipais, estaduais e federal, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite- CIT” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.563-564).

Conforme Figueiredo, as NOBs consistem:

Em instrumentos para a fixação de estratégias e ações que reorientem a operacionalidade do SUS, a partir de avaliações periódicas acerca da implementação e do desempenho do próprio sistema. Objetivam, assim, induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implantação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacionais; regular relações entre os gestores do SUS; normatizar o SUS (FIGUEIREDO, 2007, p.97).

Sem dúvida, pode-se afirmar que o SUS “é a estrutura organizacional sistêmica do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil”, e para além do seu objetivo de “formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças

e agravos à saúde da população [...]” (BRASIL, 1990a), o SUS encontra-se alicerçado “em fundamentos constitucionais e legais que definem seus princípios e objetivos, as atribuições e competências dos entes federados, suas diretrizes operacionais e seus mecanismos de financiamento” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012). Ademais, para melhor compreensão do funcionamento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde é necessário o estudo dos seus princípios constitucionais, que será objeto do tópico seguinte.

### 3.3 OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.

Para além dos objetivos e atribuições, o Sistema Único de Saúde possui um conjunto de princípios e diretrizes que orientam a sua estruturação e funcionamento. Conforme Vieira (2013, p. 329) tais princípios surgiram pelos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, e encontram-se menções a eles (direta e indiretamente) no seu relatório final.

Matta (2007, p.61) diz que os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde de nosso país, além da servirem como afirmação dos direitos conquistados pelo povo brasileiro. Acrescenta-se que os princípios e diretrizes do SUS:

Devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outro (MATTA, 2007, p. 61)

Sabe-se que o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde é constituído por inúmeras leis, todavia, a base de construção do mesmo é formada por três documentos essenciais: a Constituição Federal de 1988, na seção II, artigos 196 a 200, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social; a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde; e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabeleceu sobre a participação popular no SUS e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MATTA, 2007, p. 61-62).

É fundamental esclarecer que há divergências quanto à distinção entre princípios e diretrizes, conforme menciona Vieira (2013, p. 329) às vezes são adotados como sinônimos, e quando tratados de forma separada, considera-se “os princípios como os enunciadores da política de saúde e as diretrizes, a forma como a gestão do SUS deve ser realizada”. Consoante explica Matta (2007, p. 66) a “denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização”.

Distante dessas discussões de princípios/diretrizes compreende-se que,

quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade. Tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linha de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.565).

Segundo Aguiar (2011a, p. 49) os princípios doutrinários do SUS são três, a saber: I – a Universalidade; II – a Equidade; e III – a Integralidade. Acrescenta-se a estes, os princípios organizativos/diretrizes que incluem: IV- a descentralização; V – a regionalização e hierarquização e, por fim, VI - a participação e controle social.

#### *I- A Universalidade*

A universalidade está prevista na CRFB/1988, na Seção II, do Título VIII, a saber:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Matta (2007, p. 67) ressalta que a noção de direito à saúde difere completamente da noção de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloi Chaves em 1923, e que perdurou até o modelo do INAMPS em 1990. Nesse sentido, a universalidade “expressa a essência do sistema da seguridade social ao não exigir o pagamento de qualquer contribuição para que o usuário possa ter acesso aos serviços de saúde” (VIEIRA, 2013, p. 330).

A universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, bem como aponta para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro. (MATTA, 2007, p.68).

Para Aguiar (2011b, p.11) a universalidade “significa simplesmente que o SUS deve ser gratuito e acessível a qualquer pessoa que dele precise, independentemente de contribuição previdenciária”. Porém alerta Matta (2007, p. 67) que “em decorrência da história da assistência à saúde no Brasil e da hegemonia da cultura do consumo nas sociedades contemporâneas”, as pessoas associam universalidade com o sentido de gratuidade. O que para Matta é incorreto, pois a universalidade pressupõe a ideia de direito, e sendo assim, por a saúde ser um direito social e coletivo, esta não se vincula a ideia de pagamento (2007, p. 67).

Acrescenta Baptista (2007, p.52) que “todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos”.

O exercício desse princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 565).

Bahia (2005, p. 409) comentando sobre a Universalidade no Sistema Único de Saúde, relaciona o não cumprimento desse princípio pelo fato dos sucessivos governos estarem “comprometidos em obter elevados superávits primários e da ‘desconstitucionalização’ do orçamento da Seguridade Social”, o que tem resultado no desfinanciamento do SUS, e conseqüentemente, causando um entrave na busca da universalidade do acesso à saúde.

Cohn (2005, p. 393) em comentário aos modelos focalista e universalista, menciona que o primeiro defende a concentração dos recursos públicos em parcelas mais pobres da população, já o segundo,

defende o acesso aos bens públicos essenciais como um direito do cidadão, independentemente da sua situação social, sem qualquer forma de discriminação, seja ela positiva ou negativa; e neste caso, saúde como um direito é responsabilidade do Estado e deve, portanto, ser financiada com

recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas de governo (COHN, 2005, p.393).

A prática do acesso diferenciado que ocorria anteriormente, quando imperava o modelo de seguro social, vai de encontro com as preocupações apontadas por Vieira (2013, p.332), do perfil neoliberalista que se tem adotado nas políticas do nosso país, que vem contribuindo para segmentação do SUS, gerando um forte entrave para concretização do Sistema Único de Saúde.

## *II- A Equidade*

Outro princípio de orientação e organização do SUS é a equidade, para Teixeira (2011, p.5) “o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas”.

O princípio da equidade é formulado em resposta a um dos maiores problemas históricos da nação, quais sejam: as injustiças sociais e econômicas. Para Matta (2007, p. 69) ambos problemas levaram a desigualdades no acesso, gestão e produção de serviços de saúde, e por isso, a equidade significaria “tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior.” (MATTA, 2007, p. 69)

Partindo desse princípio, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das diferenças que advêm de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 59).

A equidade garante que os serviços de saúde considerem as diferenças entre os indivíduos, de forma a dar prioridade para aqueles que mais necessitem em decorrência de situação de risco e das condições de vida e saúde (AGUIAR, 2011b, p. 50).

A Equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à Igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e nos condicionamentos culturais e subjetivos de ordem familiar e pessoal. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 565-566).

Esclarece Aguiar (2011b, p. 11-12) que equidade não é sinônimo de “igualdade”, pois é por meio da equidade que reconhecemos que “as condições das pessoas são desiguais, e que, por isso, é preciso investir mais em indivíduos e comunidades que estejam em piores condições”. Nesse sentido, “a igualdade é o objetivo da equidade” (AGUIAR, 2011b, p. 11-12).

A promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinados a cada cidadão em suas necessidades. Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas (COSTA; LIONCO, 2006, p.52).

Destacam-se os estudos de Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) que buscaram nos relatórios finais das 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, o tratamento dado a equidade em saúde. Concluíram os autores que essas três Conferências falharam “no cumprimento dos objetivos de avaliar as condições de saúde da população e propor diretrizes de políticas públicas para resolver os problemas do país”. Especificamente quanto ao termo equidade, este “é utilizado inicialmente poucas vezes e até de modo indevido”. Para Pinheiro, Westphal e Akerman,

o tratamento do tema é incompleto, não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde, o que indica uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas. O discurso a respeito da equidade permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas. (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 457)

Nesse sentido, “o princípio da equidade tem o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país” (MATTA, 2007, p.70). Conforme Costa e Lionco (2006, p. 52-53), para respeitar as subjetividades de cada pessoa de forma a garantir o direito à saúde, é necessário resgatar o sentido da equidade na saúde, ou seja, “como capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades”.

### *III-A Integralidade*

A integralidade, como princípio norteador do SUS, diz respeito as ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, que nas palavras de Teixeira (2011, p.6) implica na “sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde”.

Vasconcelos e Pasche (2012, p. 565), mencionam que a noção de integralidade pressupõe considerar as distintas dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos, assim como as coletividades, nesse sentido, é indispensável a prestação continuada de uma gama de “ações e serviços, com a finalidade de garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos”.

A busca pela integralidade nos serviços públicos de saúde foi importante, pois “orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial.” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 565).

Aguiar, comentando sobre a integralidade no sistema de saúde, diz que:

Um sistema de saúde integral é aquele que não considera o indivíduo apenas em sua dimensão biológica, como um amontoado de partes que “estragam” e precisam ser “consertadas”. Ao contrário, esse sistema o considera como um ser biopsicossocial, portador de necessidades também psíquicas e sociais e propenso a desenvolver problemas de saúde por questões ligadas a essas outras esferas. Dessa forma, esse sistema deve prover ações e serviços de acordo com a necessidade de cada um: pessoas saudáveis devem receber ações e orientações preventivas, enquanto pessoas doentes devem ser tratadas de acordo com a gravidade e as necessidades geradas por seu problema de saúde específico (AGUIAR, 2011b, p 11).

Sob esse olhar, as políticas de saúde constituídas com fundamentos na integralidade, “permitem aos portadores de uma doença o acesso às ações de assistência que necessitam e os não portadores da mesma, se beneficiam das ações preventivas” (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 533). Portanto, “esse princípio faz com que o foco de um sistema de saúde não se restrinja somente ao indivíduo, mas também abarque a coletividade à qual ele pertence” (AGUIAR, 2011b, p. 11).



Acrescenta-se que a Integralidade “busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo”, e por isso, “não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico”. Portanto, “além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento” (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 532-533).

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (TEIXEIRA, 2011, p.6)

Por fim, percebe-se que a busca pela integralidade nos serviços públicos de saúde necessita de um olhar atento, pois para além do processo saúde-doença, deve-se visualizar o leque de ações que visam concretizar esse princípio.

#### *IV- A Descentralização*

Para Teixeira (2011, p.6):

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

O processo de descentralização, no setor da saúde brasileiro, tem início com a edição das leis orgânicas da saúde que “regulamentou o processo de organização dos serviços e a participação social no setor saúde respectivamente” (PALHA; VILLA, 2003, p. 21).

O território do Estado brasileiro é muito extenso, considerando isso, e mais as profundas desigualdades que permeiam seu povo, o processo de descentralizar os serviços de saúde no âmbito do SUS foi de suma importância para minimizar as iniquidades nos mais diversos rincões desse país, pois permitiu uma

articulação com as realidades destes locais, e assim, promoveu um melhor planejamento, programação e controle social nos serviços públicos de saúde (PALHA; VILLA, 2003, p. 22).

Deste modo, cabe em princípio “ao município à administração direta dos serviços de saúde, enquanto os outros níveis (estadual e municipal) ficam responsáveis por outras funções, como formular e executar políticas e definir normas” (AGUIAR, 2011b, p 12).

Embora seja descentralizado, o SUS – como o próprio nome diz – é único. Isso significa que, por mais que ele seja descentralizado e adaptado para responder a necessidades locais, ainda assim ele tem um comando único e deve seguir os princípios doutrinários e organizativos do SUS em toda a extensão territorial do país. (AGUIAR, 2011b, p 12)

Assim sendo, observa-se que apesar do Sistema Único de Saúde ser descentralizado e ser uma importante ferramenta para as ações e serviços no âmbito da saúde, existe um comando único e princípios que devem ser seguidos.

#### *V- A Regionalização e Hierarquização*

A regionalização e hierarquização, em certo ponto, vão de encontro com o princípio da descentralização, na medida em que de acordo com esse princípio, “os serviços de saúde devem se encontrar dispostos no espaço geográfico de forma racional, de forma a evitar concentrações e desperdícios de recursos” (AGUIAR, 2011b, p.12).

Teixeira (2011, p.6-7) menciona que a regionalização e a hierarquização dos serviços, “dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária”.

Em breve comentário, Teixeira (2011, p.6-7) afirma que regionalizar os serviços de saúde implica em delimitar uma base territorial para o sistema de saúde, e acrescenta que para isso, devem-se contemplar dois aspectos importantes, a saber: a “divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo” (2011, p. 6-7).

Quanto à hierarquização dos serviços:

Por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental (TEIXEIRA, 2011, p.6-7).

Nesse sentido, observa-se que para atingir a integralidade dos serviços em saúde, no Sistema Único, é necessária a hierarquia na distribuição geográfica dos serviços, de forma que “unidades básicas, como já dito, existirão em maior quantidade e serviços de média e alta complexidade, menos comuns, servirão de referência para as primeiras” (AGUIAR, 2011b, p 12).

#### VI- *A Participação e Controle Social*

A participação da comunidade foi assegurada no artigo 198, III, da CRFB/1988 e artigo 7º, VIII da LOS.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

VIII - participação da comunidade; (BRASIL, 1990b).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2012, p. 567) a participação comunitária, “traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo”.

A regulamentação da participação só ocorreu com a Lei nº 8.142, de 1990, que estabeleceu no artigo 1º, incisos I e II, que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:  
I - a Conferência de Saúde; e  
II - o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

Para além das questões técnicas e políticas que envolvem o Sistema Único de Saúde, que devem ser processadas por profissionais preparados, há outras questões que devem ser decididas pelos usuários desse sistema, e isso ocorre pelo simples fato de se falar de um sistema de saúde universal, portanto, este diz respeito diretamente a todas as pessoas que dele façam uso, o financiam e dele se beneficiam (AGUIAR, 2011b, p. 13).

É importante frisar que muitos brasileiros fazem uso regularmente do SUS, e ainda assim, não se deem conta disso, acertadamente Aguiar (2011b, p.13) nos lembra de que:

sendo esse sistema de saúde universal e integral, ele não se define apenas por serviços médicos realizados em unidades públicas de saúde, mas também por ações mais amplas de prevenção e que acabam por abranger a todos. A vigilância sanitária, por exemplo, é responsável por garantir a qualidade e a higiene de todos os alimentos e medicamentos comercializados no país bem como itens como produtos de beleza e higiene. A maioria desses produtos é, naturalmente, consumida por todos os brasileiros. (AGUIAR, 2011b, p. 13)

Portanto, as questões referentes ao Sistema Único de Saúde interessam diretamente a todos. “Por esse motivo que é garantida a participação da comunidade em Conselhos e Conferências de saúde, dividida em segmentos de acordo com a natureza de sua inserção no sistema de saúde (usuários, gestores e trabalhadores).” (AGUIAR, 2011b, p. 13).

Vieira (2013, p. 341) destaca que “sem a participação da Sociedade no processo de construção permanente e concretização do SUS, esse sistema, poderá ser tudo, menos o SUS que foi gerado pela Sociedade”.

E o SUS fruto da sociedade, é um sistema público de caráter igualitário e universal. Bem por isso, o próximo capítulo busca fazer uma análise da Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0, à luz dos princípios constitucionais da Universalidade e da Equidade.

#### **4 ESTUDO DE CASO: ANÁLISE DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 2003.71.07.009606-0, À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E DA EQUIDADE.**

Conquista do povo brasileiro por meio do Movimento da Reforma Sanitária, a CRFB/1988, reconheceu o Direito à Saúde como direito de todos e dever do Estado, ainda, consagrou dentre os princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalidade, a equidade/igualdade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização, e a participação e controle social da população.

A CRFB/1988, ainda, estabeleceu que a assistência à saúde seja livre a iniciativa privada, e esta poderá participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo as diretrizes deste.

Sabidamente, como visto no capítulo anterior, a defesa de alguns princípios e diretrizes do SUS foram/são fundamentais para concretização desse sistema, na medida em que buscou-se ampliar a oferta de ações de saúde para garantir universalidade no acesso, e visando reduzir as desigualdades sociais e regionais, promoveu-se a equidade/igualdade no âmbito da assistência a saúde.

Sabe-se, contudo, que a Constituição sendo uma carta de intenções, e nesse sentido, para “sair do papel” são necessárias ações positivas do Estado para concretizar os direitos nela elencados, deparamo-nos com um grande desafio concernente ao direito à saúde, no sentido de que este, passe a fazer parte do cotidiano de todos os brasileiros.

Entretanto, passados mais de vinte e cinco anos da promulgação da Constituição, e respectivamente da criação do SUS, enfrentamos medidas que buscam desfigurar esse Sistema, indo na contramão do modelo proposto constitucionalmente.

E este, é o caso da Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0, que ora será analisada à luz dos princípios Constitucionais da Universalidade e Equidade/Igualdade.

##### **4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO “PROCESSO”**

A Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0, foi ajuizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS, contra o Município de Canela (na qualidade de gestor municipal do SUS), em 23 de julho de 2003, na 1ª Vara Federal de Caxias do Sul/RS, com o objetivo de que o réu fosse compelido à obrigação de fazer (em sede de antecipação de tutela), consistindo na permissão do acesso ao paciente à internação pelo SUS e ao pagamento da chamada “diferença de classe” para obter melhores acomodações, pagando quer ao hospital ou ao médico; além disso, postulou em juízo a obrigação de não fazer, abstendo-se de exigir que a internação só se dê após exame do paciente em posto de saúde, bem como de impedir a assistência pelo médico do paciente, impondo-lhe outro profissional (BRASIL, 2015, p. 20).

Para fundamentar o pedido, sustentou o CREMERS que a diferença de classe era permitida até 1991, quando o extinto INAMPS editou a Resolução nº 283, proibindo-a. Acrescentou que hoje, o SUS, enquanto sucessor do extinto INAMPS, continua a política instituída pela resolução nº 283, até mesmo aumentando as restrições em prejuízo do usuário do sistema (BRASIL, 2015, p. 5).

Salientou que, da forma como o SUS vem aplicando suas normas, este tem cerceado o Direito do paciente, concernente a sua liberdade de escolha da maneira como quer ser tratado. Para o CREMERS, se é direito do paciente internar-se pelo SUS, pode ele uma vez pagando ao hospital diferença de classe, obter melhores acomodações e também ser atendido pelo médico em quem confia (BRASIL, 2015, p. 5).

Para o CREMERS, impedir a diferença de classe fere frontalmente o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2015, p. 11).

Por meio do ajuizamento da ação, o CREMERS, buscou:

A - Garantir ao paciente o direito à baixa pelo SUS (direito garantido pela constituição ao criar a universalidade do sistema) podendo todavia se tiver condições optar por outras acomodações, pagando a diferença respectiva, uma vez que isso não representa quebra da isonomia e nem prejuízo ao sistema e aos demais usuários;

B – Garantir a possibilidade de o paciente que optou por diferença de classe também possa pagar e o médico receber diferença de honorários, que serão acertados previamente;

C- Garantir o direito do paciente de escolher o seu médico assistente e obtendo diagnóstico de baixa consegui-la desde logo, sem ter que se sujeitar a exame por outro médico em local apontado pelo sistema, quebrando a relação de confiança;

D- Garantir a autonomia do médico em solicitar, após diagnóstico pelo qual responde, a baixa do paciente e atendê-lo na instituição sem ficar sujeito a que esta designe outro profissional (BRASIL, 2015, p. 16).

Em 24 de julho de 2003, no despacho proferido pelo Juiz Federal Rodrigo Koehler Ribeiro (Substituto da 1ª Vara de Caxias do Sul), com fundamento no artigo 198, inciso I, da CF/1988, onde menciona que a direção do SUS é única e descentralizada em cada esfera do governo, determinou aquele magistrado que o CREMERS promovesse a citação do Estado do Rio Grande do Sul e da União, na condição de litisconsortes passivos (BRASIL, 2015, p. 66-68).

O CREMERS, assim cumpriu a determinação judicial, e na data de 27 de agosto de 2013, o Estado do Rio Grande do Sul e a União Federal passaram a compor o pólo passivo da presente Ação Civil Pública (BRASIL, 2015, p.76). Além disso, o juízo determinou a intimação dos réus para se manifestarem quanto ao pedido de tutela antecipada (BRASIL, 2015, p. 78-82).

Quanto ao pedido de tutela antecipada, o Município de Canela arguiu as seguintes preliminares: a- denúncia da lide para que a União Federal e o Estado do Rio Grande do Sul passassem a integrar a demanda; b- a competência da Justiça Estadual para apreciar a matéria; c- a inadequação da Ação Civil Pública para o fim pretendido; d) a ausência de pertinência temática entre o fim pretendido na demanda e os objetivos institucionais da autarquia autora (BRASIL, 2015, p.83-94).

A União juntou sua manifestação, e alegou preliminarmente: a- ilegitimidade ativa do autor; b- impossibilidade da concessão de tutela no presente caso, visto que permitir a cobrança por meio de complementação, seria caminho inevitável para a lesão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015, p. 97-107).

Em decisão interlocutória, datada de 18 de agosto de 2003, o Juízo indeferiu o pedido liminar do CREMERS, sustentando que:

Inicialmente, se faz necessário consignar que os procedimentos do Município Réu, conforme manifestação da própria autora na inicial, principiaram no ano de 1991. Este fato, por si só já é suficiente para afastar o pedido liminar, não importa se escorado no art. 273, do Código de Processo Civil ou pelo art. 12 da lei especial que rege o processamento da ação civil pública, Lei na 7.347, de 24.07.1985, pois para ambas as normas se faz necessário que a urgência do pedido da prestação jurisdicional decorra de fatos que não estejam na esfera da possibilidade de agir do próprio interessado. (BRASIL, 2015, p.109).

Em vista do indeferimento da tutela antecipada, o CREMERS interpôs agravo de instrumento, sob o nº 2003.04.01.036011-7/RS, junto ao Tribunal Regional Federal da 4ª Região, com objetivo de obter a reforma da decisão que indeferiu a liminar (BRASIL, 2015, p.220-234).

Ainda no transcorrer da demanda em 1º grau, a União também juntou contestação, arguindo em preliminar: a ilegitimidade ativa do autor e a impropriedade da ação civil pública no presente caso. Concernente ao mérito aduziu a União da inexistência do direito postulado, uma vez que a pretensão afronta a Lei nº 8.080/90, onde define a hipótese de participação complementar na saúde do setor privado. E para reforçar, aduziu que não é objetivo do SUS o atendimento dos que podem pagar por acomodações e médicos, mas sim visa a atender os que não possuem condições para tanto (BRASIL, 2015, p.124-142).

Por fim, o Estado do Rio Grande do Sul, representado por sua procuradoria, apresentou contestação arguindo, preliminarmente, sua ilegitimidade passiva para figurar na lide como pólo passivo. Já no mérito, a procuradoria mencionou que a norma constitucional invocada na inicial da ação civil pública (artigo 196, da CF/1988) não poderia ser interpretada da forma como foi, pois de forma alguma a referida norma obriga a administração permitir a cobrança da ‘diferença de classe’ (BRASIL, 2015, p. 166-173).

Antes de proferir a sentença, o juízo abriu vistas ao Ministério Público Federal para se manifestar acerca do feito. Em parecer o MPF defendeu a inconstitucionalidade da chamada diferença de classe (BRASIL, 2015, p. 247-258). O CREMERS juntou manifestação sobre a contestação, reiterando os termos e pedidos da petição inicial (BRASIL, 2015, p. 39-44).

Na data de 16 de julho de 2004, o juízo prolatou a sentença julgando improcedente o pedido do CREMERS, no que se refere ao direito do paciente do SUS ao pagamento da “diferença de classe”.

Para fundamentar sua decisão, o magistrado entendeu que a “Constituição Federal de 1988, em seu artigo 202 e seguintes, assegurou a garantia dos indivíduos de acesso à saúde, a qual seria ampla e irrestrita, prestada a todos os cidadãos, em caráter universal e, sobretudo, igualitário”, sendo assim, entende o iminente magistrado que o direito à saúde independe “de contraprestação pecuniária, estando, pois, dissociada do sistema de seguro, sua prestação há de ser



efetuada de forma universal e igualitária a todos os indivíduos no território nacional” (BRASIL, 2015, p. 62), portanto:

[...] a edição da Resolução nº 283 do antigo INAMPS, ao contrário da tese sustentada pelo autor na inicial, teve por objetivo justamente resguardar o princípio da igualdade do acesso à saúde, uma vez que a referida resolução considera que todos são iguais e todos têm direito à internação pelo SUS, sem pagamento de diferença de valor. Veja-se, neste sentido, que a aceitação da tese defendida pelo autor neste processo implicaria desvirtuar o princípio da igualdade no atendimento (BRASIL, 2015, p. 62).

É neste ponto, notadamente no tocante ao desvirtuamento do Princípio da Igualdade e do “alargamento” na interpretação do princípio da Universalidade, que o presente estudo intenta a sua delimitação, conforme contextualização do problema que por hora será demonstrado.

#### 4.2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009606-0 proposta na 1ª Vara Federal de Caxias do Sul/RS, ajuizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS, contra o Município de Canela e outros, tinha como objetivo obter acomodações diversas das oferecidas pelo SUS (independentemente do quadro clínico do paciente) mediante pagamento de uma complementação, bem como o direito de escolher o médico de sua confiança para atendê-lo, sem a necessidade de triagem pelas unidades da rede pública de saúde, quando estes estiverem usufruindo de leitos do Sistema Único de Saúde.

No entanto, em sentença proferida pelo juízo a quo na Ação Civil Pública em estudo, julgou-se improcedente o pedido do CREMERS, no que se refere ao direito do paciente do SUS ao pagamento da “diferença de classe”, asseverou o magistrado que a aplicação da Resolução nº 283 (do antigo INAMPS) pelo SUS, não fere o direito do paciente.

Destarte, o CREMERS, não satisfeito com a decisão em 1º grau, interpôs recursos em instâncias superiores almejando a permissão ao pagamento da “diferença de classe”. No entanto, como será visto posteriormente ao analisar os recursos interpostos, vem ocorrendo várias divergências e discussões sobre a Ação Civil Pública em análise.

Por tudo isso, que o presente estudo, pautando-se em argumentos das decisões prolatadas em 1º e 2º grau, além dos pareceres (sejam eles favoráveis ou contrários) ocorridos em audiência pública (requisitado pelo Ministro Relator do Recurso Extraordinário impetrado pelo CREMERS), e, além disso, sob a ótica dos temas até aqui trabalhados, quais sejam, o Conceito de Saúde, o Direito Fundamental à Saúde, o percurso do Direito à Saúde nas Constituições Brasileiras, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária Brasileira, o nascimento do SUS e seus Princípios norteadores, objetiva-se fazer uma análise sobre a mencionada Ação Civil Pública, à luz dos Princípios da Equidade e da Universalidade do Sistema Único de Saúde.

Assim, passa-se a apresentação dos recursos interpostos pelo CREMERS, além da audiência pública realizada pelo STF, para, somente assim, concluir a análise pretendida.

#### 4.3 OS RECURSOS INTERPOSTOS NO PROCESSO

Diante da improcedência do pedido formulado pelo CREMERS no juízo de 1º grau, este recorreu às instâncias superiores para almejar o pedido formulado na inicial. Assim, para melhor compreensão da Ação Civil Pública em estudo, faz-se necessário apresentar cada recurso interposto pelo CREMERS, de forma a contribuir posteriormente para a análise do caso.

##### 4.3.1 Apelação Civil nº 2003.71.07.009606-0/RS

O CREMERS, não satisfeito com a sentença de 1º grau, interpôs recurso de apelação, a qual foi apreciada no Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Para o citado conselho, a sentença do juízo a quo não poderia ser mantida. Em suas razões, alega que reiteradamente os tribunais tem decidido (em casos individuais) pela permissão do pagamento da “diferença de classe”. Menciona que esse direito constitucionalmente garantido a todos no artigo 196 da CF/1988, não pode sofrer embaraço da autoridade administrativa, tentando reduzi-lo ou dificultar o acesso a ele (BRASIL, 2015, p. 81-82).

Para fundamentar tal entendimento mencionou diversas jurisprudências, que para o CREMERS:

[...] têm as decisões firmado que a “diferença de classe” não representa quebra da isonomia, como pretendeu o INAMPS, e agora pretende o SUS, porque não se estabelece tratamento desigual entre pessoas numa mesma situação mas apenas faculta-se atendimento diferenciado em situação diferenciada. Sem ampliar o direito previsto na Constituição e sem ônus para o sistema público. (BRASIL, 2015, p. 83).

Ademais, o CREMERS reforçou os pedidos feitos na inicial anexando outras jurisprudências, que reconheciam a permissão do acesso ao paciente à internação pelo SUS e ao pagamento da “diferença de classe”, pagando quer ao hospital ou ao médico, o que representa para o CREMERS, que o Sistema Público não pode negar o atendimento, pois de nenhuma forma lhe acarretaria prejuízo tal fato, nem mesmo aos demais usuários do Sistema, pois os pacientes que optariam em pagar a “diferença de classe”, não ocupariam as instalações destinadas ao SUS (BRASIL, 2015, p. 86).

Ressalta o apelante que:

Essa nova rotina criada pelo apelado, acrescida à da proibição de opção por acomodações diferenciadas para os doentes que têm condições de pagar por diferença de classe, importou um retrocesso significativo, pois além do benefício pessoal, o pagamento complementar pela diferença ajudava as instituições hospitalares e os médicos a compensar as perdas impostas pelo SUS e liberava mais leitos nas enfermarias. (BRASIL, 2015, p.89).

Ainda, sustentando uma suposta crise no setor público de saúde, para o CREMERS, a via judicial do direito aos pacientes optarem por acomodações superiores àquelas que o SUS oferece, pagando a diferença aos hospitais e médicos, certamente contribuiria para amenizar a situação (BRASIL, 2015, p.89). Por fim requereu a reforma integral da sentença do juízo a quo, promovendo-se o apelo, para julgar procedentes os pedidos da petição inicial. Da apelação, ofereceram contrarrazões a União, o Estado do Rio Grande do Sul e o município de Canela/RS.

O Estado do Rio Grande do Sul, representado por sua procuradoria, manifestou-se pelo improvimento do recurso de apelação, no sentido de manter totalmente a sentença de 1º grau, por seus próprios fundamentos. Em interpretação diversa do CREMERS, quanto ao artigo 196 da CRFB/1988, sustentou a procuradoria que por óbvio, o artigo:

[...] não assegura a possibilidade de dar-se tratamento diferenciado aos pacientes conforme seu poder aquisitivo. Muito pelo contrário, pois tal feriria de morte princípios como o da igualdade dos administrados perante a Administração Pública, impessoalidade e moralidade, dentre muitos outros. (BRASIL, 2015, p.106).

Argumenta ainda, que a interpretação dada pelo CREMERS ao artigo 196 da CRFB/1988, é mais um exemplo da infeliz falta de preparo dos operadores do direito no Brasil para lidar com os inúmeros princípios existentes na Carta Magna de 1988, e que isso tem gerado “enorme insegurança jurídica e arbitrariedade judicial” (BRASIL, 2015, p. 106).

Ainda, a procuradoria do Estado do Rio Grande do Sul resgata nos fundamentos da contrarrazão que à época em que era permitida a confusão entre sistemas público e particular, o que existia era a exploração econômica dos usuários que “precisavam de atendimento médico, eis que a eles era imposta condição de natureza pecuniária, com a qual não podiam arcar, para ter acesso a direito inerente à dignidade do ser humano”, ocorrendo que as vagas mantidas pelo SUS somente eram ocupadas por aqueles que pagavam a diferença pela acomodação (BRASIL, 2015, p. 108).

Por sua vez, a União, representada pela Advocacia Geral da União, apresentou contrarrazões no sentido de negar provimento da apelação interposta pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

Nas razões para manutenção da sentença, aduziu a Advocacia Geral da União que a matéria em discussão deveria ser analisada dentro do contexto que disciplina o papel do Estado na prestação dos serviços públicos a população, e que, portanto ao vedar o pagamento da “diferença de classe”, o Estado instrumentalizou a garantia da isonomia e prestação universal da assistência à saúde (BRASIL, 2015, p. 113-115).

Segundo os fundamentos da AGU:

A portaria atacada tem como objeto assegurar o acesso universal e igualitário aos usuários de serviços de saúde oferecidos pelo SUS, tendo em vista que a internação hospitalar diferenciada, mediante o pagamento de complementação, poderá estimular os hospitais integrantes do SUS a transformarem suas enfermarias em acomodações especiais, diminuindo, assim, a oferta de atendimento aos menos favorecidos, sem considerar a possibilidade de haver diferença na qualidade da prestação do atendimento. (BRASIL, 2015, p.118).

Por conseguinte, concluiu que “a permissão de cobrança por complementação, é caminho inevitável para a lesão ao Sistema Único de Saúde, o que o Administrador tem o dever de evitar” (BRASIL, 2015, p. 118).

Igualmente apresentou manifestação o município de Canela/RS, por meio de sua procuradoria, aduzindo que o recurso de apelação, nada trouxe de novo aos autos, e que a sentença do juízo a quo, deveria ser mantida, pelo fato de que o juiz teria aplicado a “tão costumeira e almejada justiça” (BRASIL, 2015, p.130)

Ademais, ressaltou o entendimento de que:

[...] a edição da resolução nº. 283 do antigo INAMPS, ao contrário da tese sustentada pelo autor na inicial, teve por objetivo justamente resguardar o princípio da igualdade do acesso à saúde, uma vez que a referida resolução considera que todos são iguais e todos têm direito à internação pelo SUS, sem pagamento de diferença de valor. (BRASIL, 2015, p. 131).

Por fim, os autos foram encaminhados à 2º instância, e distribuído para a 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, sob a relatoria do Desembargador Federal Valdemar Capeletti.

O relator deu vistas ao membro do Ministério Público Federal, que se manifestou por meio de parecer pelo desprovimento da apelação do CREMERS, ressaltando que:

[...] a tese da possibilidade da cobrança de "diferença de classe" acarretaria sérios riscos de sobrevivência e sustentabilidade do SUS, uma vez que os hospitais contratados ou conveniados certamente adotariam o expediente de aumentar os leitos privativos e diminuir os leitos de enfermaria - tornando obrigatório, assim, aquilo que deveria ser opcional. Ou seja: sem leito em enfermaria e precisando da internação, o paciente estaria obrigado a tal pagamento. (BRASIL, 2015, p.138).

Na data de 22 de fevereiro de 2006, a Egrégia 4ª turma do TRF 4ª região, apreciou os autos, porém houve pedido de vistas, tendo sido proferido em sessão somente o voto do relator da apelação.

O Voto do Relator foi no sentido de reformar, em parte, a sentença recorrida. Colacionou junto à decisão (o desembargador relator) jurisprudências que possibilitam a internação hospitalar na modalidade “diferença de classe”, “de vez que a proibição desta impediria a concretização plena e universal do direito à saúde” (BRASIL, 2015, p.143-144).

Segundo o Relator:

A teor da jurisprudência colacionada, penso que ser possível à internação hospitalar na modalidade de diferença de classe, por parte do paciente internado pelo SUS, desde que ele próprio - e jamais o SUS -, suporte os ônus daí decorrentes, a saber, diferenças por melhores acomodações e pelos serviços de médicos assistentes. Destarte, cumpre à entidade hospitalar acordar expressamente com o paciente sobre a diferença, o mesmo ocorrendo com o médico assistente. (BRASIL, 2015, p.143)

Quanto ao direito do paciente em "escolher o seu médico e não se sujeitar àquele que o SUS lhe imponha" sustentou o desembargador relator que:

[...] a pleiteada prerrogativa de baixar o enfermo sem triagem, pode servir de via alternativa para o desvio de finalidade da assistência médica gratuita, malversando recursos, que já são insuficientes, a serviço de situações fraudadamente arquitetadas, ou mesmo práticas de concussão. Caso este órgão desse procedência ao presente tópico, estaria legislando positivamente. (BRASIL, 2015, p.144).

Neste íterim, o voto do Relator foi no sentido de conceder parcial provimento à apelação, para o fim de reconhecer o direito de pacientes internados pelo SUS optarem pela diferença de classe (BRASIL, 2015, p.144).

Quanto aos votos dos demais membros da 4ª Turma do TRF 4ª Região, estes ocorreram no dia 13 de dezembro de 2006, e ambos, divergindo do voto do relator, negaram provimento à apelação.

Para o Juiz Federal Márcio Antonio da Rocha (membro da 4ª turma):

[...] Possibilitar a opção pela diferença de classe, ainda que sem ônus para o Estado, é conferir tratamento especial, diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população carente às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no art. 196 da Constituição Federal. (BRASIL, 2015, p. 147).

O Desembargador Edgard A. Lippmann Junior acompanhou o voto vista citado anteriormente. No mesmo sentido, acompanhando a divergência levantada anteriormente, a Desembargadora Marga Barth Tessler (Presidente), entende que “no serviço público de saúde - SUS -, não há possibilidade de se atender por classe social, seja ela qual for. O serviço é único, e não assiste razão ao particular, o paciente não tem direito a diferença de classes” (BRASIL, 2015, p.148).

Restou que a turma, por maioria de votos, negou provimento ao apelo, sendo vencido o Relator, e cuja ementa restou, assim, transcrita:

ADMINISTRATIVO. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. DIFERENÇA DE CLASSE. ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO.

Possibilitar a opção pela diferença de classe, ainda que sem ônus para o Estado, é conferir tratamento especial, diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população carente às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no art. 196 da Constituição Federal. (BRASIL, 2015, p. 149).

Ainda no âmbito do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, o CREMERS interpôs: Recurso Especial, para admissão e posterior remessa ao Superior Tribunal de Justiça; e Recurso Extraordinário, requerendo que, devidamente admitido, sua remessa ao Supremo Tribunal Federal.

#### **4.3.2 Recurso Especial nº 996103/RS**

Tendo em vista o indeferimento da Apelação proposta pelo CREMERS, o mesmo interpôs Recurso Especial perante o Tribunal Regional Federal da 4ª Região, requerendo que, se devidamente admitido, fosse procedida sua remessa ao Superior Tribunal de Justiça. (BRASIL, 2015, p.152).

Nas razões recursais do recurso, alegou “negativa de vigência à Lei 8.080/90 e violação aos artigos 16, 25 e 56 da Resolução CFM nº 1.246/88 (Código de Ética Médica)”, sustentando que em relação à matéria infraconstitucional, “a decisão do Tribunal simplesmente desconsidera o fato de a Lei n.º 8.080/90 não ter, em momento algum, vedado a complementação de valores para garantia de diferença de classe nas acomodações”. (BRASIL, 2015, p.155).

O CREMERS, por meio de seus advogados, colacionou diversas jurisprudências para embasar tal entendimento, no mais, o recurso nada trouxe de novo, para além das fundamentações e constatações já realizadas em petições no 1º e 2º grau (BRASIL, 2015, p.155-170).

A União apresentou contrarrazões, e sustentou nas razões pela não admissão do Recurso Especial. Alegou que a parte recorrente não explicitou com clareza quais os dispositivos da Lei 8.080/90 foram violados, pois:

[...] ainda que os dispositivos legais supostamente violados no presente recurso especial não foram enfrentados no acórdão recorrido, sequer tendo sido opostos embargos declaratórios para suprir a omissão, não devendo, pois, ser admitido o recurso, [...]. (BRASIL, 2015, p. 196-197).

Ainda, caso fosse admitido o recurso especial, a União manifestou-se pela manutenção da decisão recorrida, uma vez que a pretensão do CREMERS:

Ao invés de defender interesses dos pacientes do SUS, visivelmente defende o interesse econômico dos médicos e instituições de saúde, inclusive colocando em sério risco o sistema, porque havendo quem se disponha a pagar "por fora" uma diferença para ter tratamento diferenciado pelo SUS, certamente os prejudicados seriam os menos afortunados, que não tivessem disponibilidade de pagar essa diferença. (BRASIL, 2015, p. 200).

Do mesmo modo, manifestou-se pelo não cabimento do Recurso Especial o Município de Canela, em suas contrarrazões:

[...] no que tange à negativa de vigência da Lei nº 8.080/1990, a falta de indicação do dispositivo dessa, tido por violado, e em que consistiu a suposta negativa de vigência da lei ensejam deficiência de fundamentação no recurso especial, inviabilizando a abertura da instância especial (Súmula do STF, Enunciado nº 284). (BRASIL, 2015, p. 230).

Quanto ao mérito, a procuradoria do município sustenta que, se admitida a “diferença de classe”, esta atentaria aos “princípios da igualdade e da assistência à saúde”, no sentido de que se estaria “criando duas categorias de pacientes – os que pagariam um complemento para utilizar-se do Sistema Único de Saúde e aqueles que nada pagariam” (BRASIL, 2015, p. 231).

Na data de 03 de setembro de 2007, o presente recurso foi admitido no âmbito do TRF 4ª Região, e remetido os autos ao Superior Tribunal de Justiça. Em 13 de dezembro de 2007, depois de distribuído, restou designado como relator o Exmo. Sr. Ministro Francisco Falcão, membro da Primeira Turma daquela Corte Superior. (BRASIL, 2015, p. 250).

Na data de 13 de fevereiro de 2008, o Ministro Francisco Falcão negou seguimento ao recurso especial. Para o Ministro, o Recurso Especial do CREMERS, revelou deficiência de fundamentação recursal, uma vez que o recorrente limitou-se a apontar “negativa de vigência à Lei n. 8.080/90 sem, contudo, explicitar os dispositivos que entendia malferidos, não demonstrando, assim, como e por que se teria dado a alegada afronta” (BRASIL, 2015, p. 251).

Ainda, com fundamento no art. 557, caput, do Código de Processo Civil, o Ministro Relator declarou incompetente o STJ para reformar o acórdão combatido e



o cabimento ao Supremo Tribunal Federal por via de Recurso Extraordinário para analisar a contenda (BRASIL, 2015, p. 252).

#### **4.3.3 Recurso Extraordinário nº 581488-2/RS**

Na data de 09 de maio de 2007, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, interpôs em face de decisão colegiada proferida pelo Tribunal Regional Federal da 4ª. Região na Apelação Cível nº 2003.71.07.009606-0/RS, Recurso Extraordinário, requerendo que, devidamente admitido, fosse procedida sua remessa ao Supremo Tribunal Federal.

Concernente ao cabimento do presente Recurso Extraordinário entende o CREMERS que a decisão do Tribunal a quo, contrariou o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, e no tocante a repercussão geral da questão, aponta que “as situações decorrentes ao Sistema Único de Saúde atingem toda a população, preenchendo, assim, o requisito do dispositivo constitucional” (BRASIL, 2015, p. 175).

Quanto às fundamentações feitas nas razões recursais, aponta o recorrente, que a política do SUS impedindo a diferença de classe fere frontalmente o artigo 196 da Constituição Federal de 1988; sustentou que a Resolução nº 283 editada pelo extinto INAMPS viola o direito do paciente, dificultando o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2015, p. 181).

Os demais fundamentos do Recurso Extraordinário nenhuma novidade trouxe, sendo assim, reforçou os pedidos feitos na petição inicial, anexou às jurisprudências já mencionadas nos autos de outrora, e concluiu requerendo:

[...] seja conhecido e provido o presente Recurso Extraordinário reformando-se o v. acórdão exarado pelo Tribunal para que seja atribuída a melhor aplicação do direito constitucional aqui versado, a fim de adequar a condenação à Carta Magna vigente, mantendo íntegro o dispositivo violado. (BRASIL, 2015, p.189).

A União, em sede de contrarrazões, requereu que o recurso não fosse admitido, e se fosse, pugnou pelo improvimento do mesmo. Das razões para a não admissão do recurso, alega a União ausência de prequestionamento, bem como ausência da preliminar de repercussão geral (BRASIL, 2015, p. 211-212).

Quanto ao mérito, argumenta que a decisão recorrida deve ser mantida, uma vez que a “pretensão visivelmente afronta o princípio da isonomia de tratamento aos pacientes do SUS”, pois estaria autorizando “àqueles que dispõem de melhores condições financeiras que paguem "por fora" para ter um tratamento privilegiado em relação aos demais.” (BRASIL, 2015, p.212).

A questão que *ipso facto* se impõe é a seguinte: em caso de escassez de vagas, não seriam os pacientes "forçados" a pagar a diferença para receber tratamento? Ou havendo de se proceder na escolha de pacientes em função de escassez de vagas, como se pode garantir que a disponibilidade para pagamento da "diferença" não seria fator determinante na escolha do paciente a ser tratado? (BRASIL, 2015, p. 212).

Outro ponto é esclarecido na fundamentação da Advocacia Geral da União:

é equivocado pensar que a internação desse paciente em acomodação superior possibilitaria a internação de outro paciente na vaga não utilizada na enfermaria. Com efeito, há, para cada hospital, limites ou tetos para o número de pacientes admitidos. Não se pode esquecer que o paciente que paga a complementação continua sendo paciente do SUS, a quem incumbiria pagar, segundo essa sistemática, os valores relativos à internação simples. (BRASIL, 2015, p. 216)

Desta feita, postulou a União pelo não recebimento e o não provimento do recurso, devendo manter a decisão recorrida pelos próprios fundamentos.

O Município de Canela em suas contrarrazões sustentou que se acolhido o recurso do recorrente, acarretaria em desrespeito aos princípios da igualdade e da assistência à saúde, uma vez que:

Inexiste um direito subjetivo de a pessoa pretender obter a diferença de classe. As normas constitucionais não lhe conferem tal pretensão, pois se tratam de disposições exclusivamente programáticas, referindo-se a atos globais (BRASIL, 2015, p.339-242).

O Estado do Rio Grande do Sul, devidamente intimado não apresentou suas contrarrazões.

Na data de 17 de março de 2008, o presente recurso foi recebido no Supremo Tribunal Federal, e na data de 18 de março de 2008, depois de distribuído, restou designado como relator o Exmo. Sr. Ministro Menezes Direito, posteriormente substituído pelo Exmo. Sr. Ministro Dias Toffoli, em 23 de outubro de 2009.

No decorrer, foi designado vistas à Procuradoria Geral da República que emitiu parecer pelo conhecimento e provimento do recurso, e ainda destacou que o tema seria relevante para justificar afetação ao plenário (BRASIL, 2015, p.301).

Em 17 de agosto de 2012, mediante acórdão do plenário virtual do Supremo Tribunal Federal, ficou reconhecida a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada, por entender que:

A questão posta em discussão nestes autos apresenta densidade constitucional e extrapola os interesses subjetivos das partes, sendo extremamente relevante para a Administração Pública, que pode deparar-se com a multiplicação de demandas semelhantes a essa objeto do presente recurso, no qual se postula o acesso à internação pelo SUS com a possibilidade de melhoria do tipo de acomodação recebida pelo usuário mediante o pagamento da diferença entre os valores correspondentes. (BRASIL, 2015, p.8)

Em decisão monocrática publicada na data de 24 de março de 2014, no diário da justiça eletrônico de número 57, o Ministro Relator Dias Toffoli convocou audiência pública para ouvir o depoimento do poder público, de entidades de classe, de órgãos de representação social e também de profissionais da área da saúde acerca da internação hospitalar na modalidade "diferença de classe" (BRASIL, 2015, p.1). Tal audiência pública juntamente com os pareceres, sejam eles pró ou contra a "diferença de classe", serão objetos de estudo no próximo tópico deste capítulo.

#### 4.3.3.1 A Audiência Pública e os Pareceres

Segundo dispõe o Regimento Interno do STF, são atribuições do Relator, dentre outras:

Convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com repercussão geral ou de interesse público relevante. (BRASIL, 2012, p. 26).

O relator do recurso extraordinário ao convocar a audiência, menciona que a questão levada ao STF apresentava relevância jurídica e social, e ainda envolvia "valiosos interesses jurídicos, como o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde e a complementaridade da participação do setor privado na saúde pública". (BRASIL, 2015, p. 2).

Por sua vez, argumentou o relator que o debate ultrapassava os limites do estritamente jurídico, por também demandar abordagem técnica, sendo assim:

A realização da audiência pública permitirá a oitiva de especialistas, de representantes do poder público e da sociedade civil, visando obter informações técnicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas acerca da questão debatida, de modo a subsidiar a Corte com o conhecimento especializado necessário para o deslinde da causa em juízo. (BRASIL, 2015, p.2)

A audiência foi realizada no dia, 26 de maio de 2014, sendo que cada expositor convidado teve o tempo de quinze minutos para sustentar seu ponto de vista. Além do Ministro Relator, também participou da audiência a Senhora Ministra Rosa Weber (BRASIL, 2014, p. 3).

Para melhor organizar o presente tópico, será descrito primeiro os pareceres favoráveis ao pagamento da “diferença de classe” e posteriormente os contrários a essa modalidade. Participaram da Audiência Pública: a Procuradoria Federal da República; o Conselho Federal e Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Procuradoria do Estado do Rio Grande do Sul; a Confederação Nacional de Saúde – CNS; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; o Senhor Raul Cutait, Cirurgião do Hospital das Clínicas, da Usp e do Hospital Sírio Libanês; o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; a Procuradoria do Município de Canela; o Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul e Membro do Conselho de Administração da CMB; Auditora Federal de Controle Externo do TCU e Presidente da ANTC; ABRASCO e o Ministro de Estado da Saúde Senhor Arthur Chioro dos Reis. (BRASIL, 2014, p. 1-2).

Manifestaram-se favoravelmente pelo provimento do recurso extraordinário do CREMERS: O Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais, e entidades filantrópicas do Rio Grande do Sul; o Representante do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul; e representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde.

Segundo Júlio Dornelles de Mattos (Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais, e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul), a diferença de classe é válida mediante a adoção do princípio da proporcionalidade, pois ao tratar de princípios que versam sobre proteção, tanto de interesse público quanto privado, estes devem ser ponderados por meio da proporcionalidade, devendo afastar-se qualquer dogma que sobreponha um ante ao outro (BRASIL, 2014, p. 109-110).

Avaliando a questão em debate Júlio Dornelles conclui que:

[...] a decisão deve ser por um caminho que conduza a uma sociedade livre, justa e solidária. Livre, na medida em que se garanta a autonomia do cidadão de fazer as suas escolhas e contratar da forma que melhor lhe aprouver. Justa, na medida em que o acesso, este sim, seja universal e regulado pelo gestor. E solidária, na medida em que quem tem recursos pode também estar contribuindo para que outros que fazem uso exclusivamente do Sistema Único de Saúde tenham melhores condições assistenciais [...]. (BRASIL, 2014, p.113)

Na condição de recorrente no presente processo, e representando o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, fez sua explanação Cláudio Balduino Souto Franzen, médico fisiatra, conselheiro do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2014, p. 15).

Segundo o representante do CREMERS, a matéria suscitada diz respeito somente aos hospitais privados e as santas casas, pois estes recebem verbas para prestar assistência do SUS, e essas verbas pagas são bem abaixo do valor despendido para a assistência. (BRASIL, 2014, p.17). Para comprovar tal tese apresentou alguns dados obtidos junto a Santa Casa de Porto Alegre:

Vejam o quanto paga o Sistema Único de Saúde e quanto custa para a Santa Casa prestar assistência: insuficiência respiratória aguda, o custo é de R\$ 4.517,85 (isto é contabilidade, isto é real), e a tabela paga R\$ 480,87; pneumopatias agudas, o custo é de R\$ 2.869, 00, ela recebe R\$ 582,00; colecistectomia por vídeo, custo de R\$ 1.800,00 e recebe R\$ 600,00; apendicectomia, gasta R\$ 1.700,00 e recebe R\$ 414,00. E por assim vai, tá? Diária de UTI: gasta R\$ 1.331,31 e recebe R\$ 508,00. Como é que vai suportar essa instituição este déficit? (BRASIL, 2014, p. 23-24)

Então, diante desse cenário, salienta Cláudio Balduino, que com a modalidade “diferença de classe”, a Santa Casa teria um aporte nos seus recursos financeiros que beneficiariam todos os cidadãos usuários daquela instituição

hospitalar. “No entanto, esta dita proibição, em cima de questões ideológicas, faz com que santas casas do Brasil estejam quebradas, e hospitais de todo o Estado do Rio Grande do Sul já tenham fechado”. (BRASIL, 2014, p.23).

Acrescenta que com a instituição do SUS, o Rio Grande do Sul que tinha 497 hospitais no início da década de 90, hoje só tenha 330 hospitais. Ou seja, pela fala do representante do CREMERS, o SUS foi responsável pelo fechamento de 167 hospitais no período de 20 anos. (BRASIL, 2014, p. 23)

Por fim, ao invocar que a saúde é um Direito Universal constitucionalmente previsto, e que a mesma não pode ser cerceada por medidas administrativas, o CREMERS solicita a Corte Constitucional que assuma o papel de guardião da Constituição e da dignidade do ser humano. (BRASIL, 2014, p. 25-26).

Para Alexandre Venzon Zanetti, Coordenador Jurídico da Confederação Nacional de Saúde (CNS) não é necessário mudar todo o sistema de ingresso no SUS, pois:

[...] ao aceitar a ideia de diferença de classe naquilo em que eu vim defender, nas questões relacionadas à diferença de hotelaria, porque represento os estabelecimentos de saúde, tanto pela Federação Nacional dos Estabelecimentos, como pela Confederação Nacional de Saúde. (BRASIL, 2014, p. 47)

Portanto, Alexandre Venzon entende que não precisaria modificar o SUS para dar ao cidadão a possibilidade, nos casos de necessidade ou vontade própria, para se ter uma acomodação melhor. Sendo assim, de forma alguma o erário seria impactado, pois não seria cobrado nenhum centavo a mais. (BRASIL, 2014, p.48)

Finaliza sua exposição o Coordenador Jurídico da Confederação Nacional de Saúde (CNS), dizendo que:

[...] parece-me que, aqui, a questão a ser tratada é uma questão referente à internação, porque este é o objeto que nós viemos tratar aqui e esta é a fatia do bolo que me parece adequada a esse tipo de possibilidade, não vedada nem pela Constituição, quando diz que o acesso é universal é igualitário, portanto é igual a mim também, e é universal porque também eu tenho esse direito, eu e qualquer outro cidadão, como vocês que estão aqui, e é um tratamento que também é assim denominado pelo artigo 5º da Constituição, onde diz que todos são iguais perante a lei. (BRASIL, 2014, p. 50).

De maneira geral, essas foram as três exposições que defenderam o pagamento da chamada “diferença de classe”, as demais manifestações foram no sentido de que deveria negar provimento ao recurso extraordinário.

Opinaram pelo não provimento: a Procuradoria Geral da República; a Agência Nacional de Saúde Suplementar; o Estado do Rio Grande do Sul; o município de Canela/RS; o Conselho Nacional de Saúde; o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul; o Dr. Raul Cutait; O Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; Lucieni Pereira, Auditora Federal de Controle externo do Tribunal de Consta da União; a ABRASCO; e por fim, representando a União, o Ministro de Estado da Saúde Artur Chioro.

Representado a Procuradoria Geral da República, Humberto Medeiros, Subprocurador-Geral da República, lançou a seguinte pergunta na audiência pública: “Essa diferença de classe, esse fóssil do sistema anterior é compatível com o sistema que nós hoje temos colocado na Constituição?” (BRASIL, 2014, p.11).

Para o Subprocurador-Geral, não! De acordo com suas palavras:

Todos são iguais perante a lei e perante a dor. A dor da falta de saúde é idêntica, e não é possível que, quando o Estado se responsabilize por isso, a capacidade de pagamento de alguém possa produzir qualquer diferença. Todos somos iguais, e, se sim, se deve e se deseja adquirir saúde à base em pagamento, a Constituição diz: existe um sistema privado puro, dirija-se a ele. Mas não permitamos que o sistema de saúde seja discriminatório, preconceituoso e criador de privilégios, fazendo com que aqueles que podem pagar tenham do Estado prestações diversas daqueles que não podem pagar. (BRASIL, 2014, p.5)

Portanto, a manifestação da procuradoria foi pelo sentido de não provimento ao recurso por entender que o pagamento a chamada “diferença de classe”, fere o princípio da igualdade.

Ressaltando a transparência nas relações entre o Ministério da Saúde com o setor dos planos de saúde, o Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, comentou que foi uma imensa conquista a regulamentação dos planos de saúde, uma vez que o Ministério da Saúde agora dispõe de informações sobre o mercado da saúde suplementar como: internações, consultas, exames, etc. Para André Longo Araújo de Melo (Diretor-Presidente da ANS)

A possibilidade de se criar um novo híbrido, como assim temos chamado na Agência, público/privado no atendimento ao SUS irá dificultar a possibilidade de construção de um sistema brasileiro cada vez mais integrado e justo, além de ameaçar colocar por terra tudo o que se faz hoje, com muito maior sucesso, na cobrança do ressarcimento ao SUS. (BRASIL, 2014, p.32)

Acredita André Longo, que aceitar a “diferença de classe” só irá aumentar a iniquidade, pois terá mais leitos aquele que pagar, e não o usuário que precisa de maior atenção, sendo assim, o que ocorrerá será um agravamento da situação no acesso à saúde, pois a seleção dos indivíduos por meio de critérios econômicos, só iria contribuir para um retrocesso em termos dos direitos sociais (BRASIL, 2014, p.32-34).

E para concluir, acrescentou que “qualquer proposta que estabeleça classes, ou subclasses, no atendimento entre cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde”, deve ser rejeitada pelos cidadãos brasileiros. (BRASIL, 2014, p. 35)

Outra manifestação no sentido de indeferir o recurso, foi do Estado do Rio Grande do Sul, que na audiência pública estava representado por Fabrícia Boscaini, procuradora daquele Estado. Logo no início de sua exposição, a Procuradora foi enfática ao mencionar que “se acolhido o pedido, como formulado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, isso significará o fim do Sistema Único de Saúde como consagrado na Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 2014, p. 36).

Foi dada ênfase a quatro pontos durante a exposição: o primeiro consistiu em delimitar o que estava sendo postulado pelo CREMERS; o segundo ponto foi o entendimento do Supremo Tribunal Federal dado à matéria “diferença de classe”; no terceiro ponto foi destacado o direito constitucional à saúde como direito fundamental, a criação do SUS na CRFB/1988 e os princípios que norteiam esse sistema; e por último, foram destacados quais são os efeitos práticos decorrentes da “diferença de classe” e a não sujeição à triagem nas unidades públicas de saúde (BRASIL, 2014, p. 36-37).

Lembrou a procuradora que o entendimento do STF, quanto à aceitação da “diferença de classe” em julgamentos anteriores não justificaria o provimento deste recurso extraordinário (BRASIL, 2014, p.31). E por que não? Segundo a procuradora, as matérias antes discutidas versavam sobre demandas individuais, em



que a situação do paciente justificava internação diferente das oferecidas pelo SUS, sendo assim:

A grande questão é que esses julgamentos individuais, que partiram de um contexto fático completamente diverso, acabaram servindo de base para julgamentos de ações coletivas propostas pelo CREMERS, que busca, de forma ampla e irrestrita, o reconhecimento do direito à opção da diferença de classe para qualquer paciente. (BRASIL, 2014, p.31).

A primeira consequência da adoção da diferença de classe, para a Procuradora do Estado, é que “o SUS deixará de ser um sistema de inclusão social para virar um sistema de desconto, em favor justamente da parcela mais favorecida da população em detrimento dos menos privilegiados economicamente.” (BRASIL, 2014, p.42).

Acrescenta a Procuradora Estadual que “o SUS não foi concebido para privilégios”, este foi “resultado de uma demanda social por universalidade, igualdade e gratuidade”. Portanto, contrapondo algumas falas que destacaram alguns problemas de financiamento, pagamento, honorários, no âmbito do SUS, entende a procuradora que “esses problemas devem ser discutidos e solucionados no foro apropriado. Mas esses problemas jamais podem justificar a quebra da isonomia e o tratamento com base em privilégios.” (BRASIL, 2014, p. 45).

O Conselho Nacional de Saúde, também convidado para integrar a audiência pública, dividiu seu tempo de fala com o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, cada um contaria com sete minutos e meio para exposição, porém ao prolongar-se durante a fala, a representante do CNS Maria do Socorro de Souza, quase não restou tempo para explanação de Paulo Humberto Gomes da Silva – Presidente do Conselho Estadual de Saúde do RS.

Resumindo as palavras da Maria do Socorro, como representante do controle social menciona que:

[...] a diferença de classe não salva vidas. Esse arranjo estratifica e discrimina as pessoas no atendimento pelo seu perfil de renda. Corremos o risco, dessa forma, de retornar ao período anterior ao SUS, onde quem não possuía a carteirinha do INAMPS e não possuía renda era considerado como indigente sanitário, como cidadão de segunda classe e sem direitos. Apenas privilégios para alguns. (BRASIL, 2014, p.59).

Já, Paulo Humberto, busca conceituar o que é a diferença de classe, e a real intenção dessa modalidade de acesso à saúde,

A diferença de classe nada mais é do que o econômico sob o cidadão. Quer dizer, aquele que pode pagar vai ter o acesso; aquele cidadão que não pode pagar vai esperar cada vez mais, nas filas, sem ter o atendimento adequado. Possibilitar a opção pela diferença de classe, ainda que sem ônus para o Estado, é conferir tratamento especial e diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2014, p.62)

Da mesma forma se manifestou contrário a “diferença de classe” Raul Cutait, cirurgião do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Sírio Libanês, para o médico, é muito importante à discussão dessa modalidade, pois no passo, a mesma foi aceitável, e de certa forma, estão tentando recriá-la, de maneira a criar uma categoria especial dentro do SUS, que para ele poderia ser chamada de “primeira classe dentro do SUS” (BRASIL, 2014, p.63).

O médico tentou explicar como ocorre a divisão dos leitos hospitalares que fazem parte do SUS e como estes são/têm-se mantidos financeiramente:

Grosseiramente, um terço dos pacientes SUS é atendido em hospitais próprios; grosseiramente, um terço em hospitais filantrópicos; grosseiramente, um terço em hospitais privados, que vivem realidades completamente diferentes para o tema em questão. O hospital público, não há nem o que discutir, é tudo pago pelo Governo, não tem como se oferecer algo em especial, em termos de acomodações - que tem um custo operacional -, dentro de um hospital público. Então, esse grupo de leitos está isolado, afastado. Os filantrópicos vivem mal e mal por causa de algo que já foi comentado, que o SUS paga menos do que o real custeio de cada procedimento, e os hospitais filantrópicos vivem sucateados, vivem pedindo esmolas, vivem pedindo dinheiro extra para não encerrar suas portas, e não o fazem, porque isso para eles é missão. Então, o hospital filantrópico tem uma proposta diferente de participação no sistema da saúde, o do terceiro grupo, que é dos hospitais privados lucrativos. Se nós formos analisar o que aconteceu com os leitos SUS contratados no sistema privado, eles foram diminuindo, diminuindo, diminuindo, por quê? Porque, para o hospital privado lucrativo, não interessa ter leito SUS, apenas como uma alternativa última; se ele puder preencher esses leitos com pacientes privados, ele vai conseguir ter uma lucratividade maior, que faz parte do próprio negócio, é aceitável, é legítimo; mas o paciente SUS não é a prioridade desse grupo de pacientes. (BRASIL, 2014, p.63-64)

Para o Raul Cutait, toda essa situação exposta, nada mais representa que uma porta de entrada diferente, onde os hospitais estariam criando uma via expressa de acesso aos quartos e internações. (BRASIL, 2014, p.66).

Ainda comentando a explanação do cirurgião, este fez severas críticas quanto a possibilidade do médico cobrar à parte. Para ele, isto significa cobrar duas vezes pela mesma coisa, sendo que o Estado paga e ele ainda cobra do doente. Segundo o Raul Cutait, isto é no mínimo antiético, porque “se ele está vivendo, tratando os seus pacientes à base de um salário, é assim que ele tem de viver; se ele não aceitar, ele que peça demissão, vá procurar fazer outra coisa”. (BRASIL, 2014, p. 69).

Para Wilson Duarte Alecrim, representante Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, só o nome diferença de classe, já denota exclusão e preconceito social, pois foi “cunhado para estabelecer que aqueles que podem pagar por serviços diferenciados aos profissionais médicos e hotelaria hospitalar têm o direito de fazê-lo de forma complementar as tabelas do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2014, p.73)

Segundo o Wilson Alecrim:

Os sanitaristas, que fazem parte do grupo ao qual eu pertenço, denominam a "diferença de classe" como copagamento. O copagamento é admitido em sistema de saúde em que a proteção social é destinada somente aos que podem pagar e aos que têm vinculação profissional, e que foi representado no Brasil pelo antigo INAMPS. Esse modelo não se mostrou satisfatório à sociedade brasileira e foi severamente condenado pelo Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL, 2014, p. 75)

Ao terminar a fala, defendeu que a “legislação pátria não deva admitir a "diferença de classe" por esta ser contrária aos princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e isonomia.” (BRASIL, 2014, p. 80).

Na fala do Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, destacou que o próprio nome “diferença de classe”, já soa estranho aos ouvidos, das pessoas que conhecem os princípios e os propósitos do SUS, uma vez que “diferenciar cidadãos em razão de sua classe ou renda é negar um dos alicerces sobre os quais o sistema foi criado: o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2014, p. 84). Ressalta o expositor que foi a partir da própria existência de diferença entre as pessoas no acesso à saúde:

Um dos principais motivos que impulsionaram a criação de um sistema que acabasse com essa realidade de segregação social, de modo que o SUS foi

instituído pela Constituição de 88 com o intuito de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. (BRASIL, 2014, p.90)

Portanto, argumenta o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, “que não se vislumbra qualquer fundamento legal para autorização da diferença de classe no SUS. Na verdade, só visualizamos nisto inconstitucionalidade e ilegalidade” (BRASIL, 2014, p.90).

Conclui o representante do CONASEMS, que admitir a lógica da “diferença de classe” conviver como parte do SUS, além de “desnecessário, é pernicioso, e pode levar o sistema, se não ao seu fim, ao menos a uma situação de extremo enfraquecimento”. (BRASIL, 2014, p. 94).

Representando umas das partes recorridas, Gladimir Chiele, Procurador do Município de Canela, diz que o CREMERS tenta tornar uma exceção, regra geral no País, pois:

Uma exceção ou duas exceções, em casos pontuais e específicos, em que a patologia do paciente requereu, naquele momento, uma diferenciação ou um isolamento, uma acomodação diferenciada, naquela oportunidade, não pode servir de base para que o sistema todo possa operar dessa forma. E aí se torna, então, regra aquilo que foi evidentemente uma exceção pontual, específica e claramente estabelecida nessas decisões. (BRASIL, 2014, p.97)

Portanto, conclui o Procurador de Canela/RS, que o recurso extraordinário merece total desprovimento.

Outra manifestação pelo “não” à chamada “diferença de classe” foi de Lucieni Pereira, Auditora Federal de Controle Externo do Tribunal de Contas da União, que centrou sua sustentação nos impactos administrativos e econômicos da diferença de classe (BRASIL, 2014, p. 114).

Tentando desconstruir o mito que a “diferença de classe” seria uma forma de arrecadar mais, a Auditora Federal trás de exemplo a receita do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, vejamos:

Então, vamos aos números que eles falam por si só, né? A receita do HCPA com os planos de saúde e particular seria de 6%, e 94% tendo como fonte o MEC e o Ministério da Saúde; portanto, o dinheiro do Tesouro Nacional. No ano passado, o HCPA teve uma receita de 947 milhões, de ordem pública, enquanto que oito hospitais de ensino da UFRJ, no Rio de Janeiro, um complexo - né? -, têm uma receita aí de 490 milhões. (BRASIL, 2014, p.122-123)

A partir desses dados, percebe a Auditora que o próprio Poder Público aporta mais dinheiro onde tem esses clientes privados tendo algum acesso privilegiado. E acrescenta, “embora essa clientela VIP seja responsável por 6% da receita, 15% dos leitos, em 2010, eram destinados a essa clientela VIP”. Por fim, alerta que “esses 15% dos leitos podem representar metade desse orçamento, dependendo dos procedimentos de alta e média complexidade.” (BRASIL, 2014, p.123). Bem por isso, conclui a Auditora, que o Tribunal de Contas “entende como desvio de finalidade o uso de dinheiro público do SUS para esses pacientes privados” (BRASIL, 2014, p. 124).

Também teve participação na Audiência Pública a ABRASCO, já citada nesta monografia como um importante membro do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Conforme Ana Luiza D’Ávila Viana, representando a associação, sucintamente ela menciona que a “diferença de classe”, fere o princípio da universalidade:

Ao se estabelecer uma diferenciação no acesso, de acordo com a capacidade de pagamento, fere-se o princípio da universalidade, assegurado pela Constituição Federal. Permitir a volta a um padrão de atendimento estratificado, em função da capacidade de pagamento, é o retorno a um passado autoritário, desigual em sua essência e contra as políticas pró-cidadania . [...] Coibir qualquer diferenciação no âmbito SUS é garantir vida à luta pelo acesso ao melhor padrão possível e uma série de serviços indispensáveis ao povo brasileiro. (BRASIL, 2014, p.133)

Por fim, em nome da União, falou Arthur Chioro, Ministro de Estado da Saúde (até então), que sustentou sua reflexão a partir dos princípios da Universalidade e da Equidade, que para ele, são princípios fundamentais de orientação ao SUS (BRASIL, 2014, p.135).

Quando olhamos para um atendimento do SUS, como propõe esta ação, o princípio da equidade é igualmente central para orientar esse debate. Ele nos convoca a tratar as pessoas de forma diferente sim, mas uma diferença ditada pelas suas necessidades. Tratar diferente, para que a diferença não se transforme em desigualdade, e para que possamos promover justiça social. (BRASIL, 2014, p.140)

Portanto, ressalta o Ministro, a presente proposta em discussão na Audiência Pública tende a criar privilégios, indo na contramão do direito Constitucional à Saúde, pois criará uma profunda desorganização ainda maior no

SUS, “pela quebra da possibilidade da regulação pública e do ordenamento do cuidado pela gestão pública, ficando esta na mão de cada profissional ou dos prestadores privados”. (BRASIL, 2014, p. 140)

Quanto ao pedido do CREMERS, considera Arthur Chioro que este viola vários dispositivos constitucionais, além de impor certa discriminação às avessas:

O pedido do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, na ação civil pública, está sim impondo uma discriminação às avessas, ampliando as condições de exercício do direito à saúde às pessoas que possuem recursos financeiros, em detrimento da camada mais pobre e mais necessitada da nossa população. Tal medida, se acolhida, acarretaria ofensa ao art. 3º da Constituição Federal, redução das desigualdades e a construção de uma sociedade justa e solidária; ao art. 5º da nossa Constituição, a violação do princípio da isonomia, a partir da discriminação na prestação dos serviços públicos; mas, principalmente, ao art. 196, já que este prevê que o acesso deve ser universal e igualitário. (BRASIL, 2014, p.141).

Foi nesse sentido que o Ministro manifestou a posição contrária da União ao pleito objeto da ação civil pública em análise.

Ao encerrar as falas previstas para a Audiência Pública, o Ministro Dias Toffoli (BRASIL, 2014, p. 145) informou que não havia data definida para o julgamento do Recurso Extraordinário. Ademais salientou que os elementos trazidos para Audiência Pública seriam encaminhados para todos os Ministros que compõem o plenário do Supremo Tribunal Federal, de forma a contribuir para o posicionamento de cada Ministro quando ocorrer o julgamento do presente recurso extraordinário.

Em 04 de dezembro de 2015, o Supremo Tribunal Federal, por unanimidade negou provimento ao Recurso Extraordinário sustentando que é constitucional a regra que veda a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico da confiança do paciente, mediante o pagamento da diferença dos valores, e a baixa na internação do paciente nas unidades de saúde sem a triagem feita pelo SUS.

#### 4.4 A ANÁLISE DO CASO SOB O PRISMA DOS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E EQUIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Considerando todas as fases do processo até aqui percorridas no contexto da Ação Civil Pública em análise, bem como as temáticas trabalhadas

durante o desenvolvimento deste estudo, tem-se uma base teórica que possibilita depreender uma análise que responda ao problema proposto, isto é, o acesso à qualidade diferenciada de tratamento custeado de forma compartilhada pelo próprio paciente e pelo SUS é constitucionalmente admissível?

Observando toda divergência levantada no transcorrer do processo, verifica-se que os pontos centrais a serem esclarecidos, que dividiram claramente as partes nesta Ação Civil Pública e inclusive nos diversos posicionamentos defendidos na Audiência Pública, concentram-se principalmente na questão dos princípios da Equidade e da Universalidade.

Como visto no capítulo anterior, o objetivo do CREMERS com a Ação Civil Pública era permitir o pagamento da chamada “diferença de classe” e a garantia de acesso à internação pelo SUS sem necessidade de prévia triagem pela rede pública de saúde, mas tão somente feita pelo médico de confiança do paciente.

Tal pedido foi negado em decisão de primeiro grau por entender o magistrado que o acesso à saúde, definido pela Constituição Federal de 1988, ocorre em caráter universal, mas, sobretudo de maneira igualitária, sem a necessidade de pagamento de diferença de valor. E reforçando esse entendimento, já em sede de recurso de apelação, foi a decisão (por maioria de votos) dos desembargadores do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, ao entenderem que aceitar a “diferença de classe”, é tratar de forma especial e diferenciada os pacientes de um Sistema Único de saúde que prevê o acesso universal e igualitário para todos os usuários deste sistema.

Tal pretensão do CREMERS se encontra em análise pelo Supremo Tribunal Federal (aguardando data para inclusão na pauta de votação do plenário), tendo sido reconhecida a Repercussão Geral do presente recurso extraordinário. Portanto, o acórdão que será prolatado pela Corte Constitucional, dependendo do posicionamento, gerará distintos resultados e perspectivas para com o Sistema Único de Saúde e seus usuários.

Caso se convençam os Ministros do Supremo Tribunal Federal pela constitucionalidade do pagamento da diferença de classe nos moldes do pedido do CREMERS, provavelmente estarão transgredindo o sentido dos princípios da Universalidade e Equidade do atendimento no Sistema Único de Saúde, é o que entende Oliveira e Silveira (2010, p.40), pois possibilitar a internação hospitalar nessa modalidade permitirá que aqueles que possuem maiores condições

financeiras serão atendidos preferencialmente, pois não precisariam estar na lista de atendimento do SUS, o que para as autoras, acarretará na hierarquização dos pacientes.

E recordando o que foi escrito nesta monografia, quando houve hierarquia entre os brasileiros no acesso à saúde (época do modelo de seguro social), é importante lembrar que só era assistido pelo Estado àqueles que estavam no mercado formal de trabalho, tendo os demais que recorrer a “caridade” para ver um de seus direitos fundamentais assegurado, ou seja, o Direito à Saúde.

Bem por isso, ressaltou o Procurador do Município de Canela durante a Audiência Pública que os outros casos levados ao STF, versavam demandas individuais, em que a patologia do paciente requereu, naquele momento, uma diferenciação ou um isolamento, uma acomodação diferenciada, naquela oportunidade, e, portanto, esses não poderiam servir de parâmetro para tornar regra uma exceção.

Assim decidindo, o STF tem permitido a internação na modalidade “diferença de classe” que é perseguida não com base na necessidade de atendimento em condições especiais mas na busca de acomodações mais confortáveis e privativas, contrariando os princípios do SUS, notadamente o princípio da igualdade, gerando, inclusive, maior acesso à saúde daqueles que tem condições de pagar em prejuízo dos hipossuficientes, pois há limite de leitos no SUS. (OLIVEIRA; SILVA, 2010, p. 39).

Portanto, caso seja dado provimento ao recurso, o que fará o Supremo Tribunal Federal, nas palavras do Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, é negar um dos alicerces sobre os quais o Sistema Único de Saúde foi criado: “o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde”. (BRASIL, 2014, p. 84).

Nesse diapasão, caso a decisão dos Excelentíssimos Ministros do Supremo Tribunal Federal se respaldarem pelos princípios da Universalidade e Equidade, estes estarão em conformidade com a Constituição Federal de 1998.

Ocorrerá que o CREMERS terá seu recurso indeferido, pelos mesmos fundamentos das decisões de primeiro e segundo grau, onde se reafirmou que a “Constituição Federal de 1988, em seus artigos 202 e seguintes, assegurou a garantia dos indivíduos de acesso à saúde, a qual seria ampla e irrestrita, prestada a todos os cidadãos, em caráter universal e, sobretudo, igualitário”, (BRASIL, 2015, p. 62).



Ressaltando o sentido da universalidade, Vieira (2013, p. 330) já mencionado também nesta monografia, diz que este princípio “expressa à essência do sistema da seguridade social ao não exigir o pagamento de qualquer contribuição para que o usuário possa ter acesso aos serviços de saúde” (VIEIRA, 2013, p. 330).

Já a equidade, conforme a Lei Orgânica do SUS significa que nos serviços públicos, não se pode haver distinção entre as pessoas, sendo que a assistência será oferecida sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a).

Sendo assim, na observância desses princípios, extrai-se o entendimento que nenhum atendimento do SUS, há de privilegiar qualquer pessoa, seja em termo de qualidade dos serviços, preferência de pessoas, e muito menos a cobrança de valores adicionais, e bem por isso, deve-se negar qualquer tentativa de desmantelar o Sistema Único de Saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Diante de todo conteúdo trabalhado no presente estudo, considera-se que a obtenção de acomodações diversas das oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, fazendo o pagamento de uma complementação (“diferença de classe”), fere os princípios da Universalidade e Equidade.

Por certo, ao resgatar o tratamento dado ao direito à saúde no passar da história do Brasil, visualiza-se que a saúde nem sempre foi tema de interesse do Estado, e somente passou a ser, quando esse precisou garantir a mão de obra para promover o “desenvolvimento” do país. A partir de então, as pessoas que trabalhavam e contribuíam com uma porcentagem de suas remunerações, começaram a obter acesso aos serviços e ações públicas de saúde.

A esse modelo denominou-se de seguro social, pois só tinha acesso a essas ações e serviços de saúde as pessoas que estivessem no mercado formal de trabalho. E por outro lado, os brasileiros que não tinham acesso a esse mercado de trabalho, dependiam da caridade para ter acesso aos serviços de saúde, na qualidade de indigentes.

Toda essa lógica da saúde como mercadoria, só foi superada graças aos movimentos sociais que lutaram pela redemocratização do país (após 20 anos de Ditadura Militar). Com o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, obteve-se uma importante conquista, que foi a garantia da participação popular em deliberar sobre as Políticas Públicas de Saúde, o que jamais havia ocorrido no Brasil.

A materialização dessa conquista ocorre com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde brotou a ideia de construir um Sistema Único de Saúde de caráter universal e igualitário para todos os brasileiros.

E assim realizou-se, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, viu-se surgir um Sistema Único de Saúde, inspirado no modelo de seguridade social, ou seja, a partir de então era dever do Estado e direito de todos, a garantia fundamental do Direito à Saúde.

Na presente análise da Ação Civil Pública, visualiza-se o pedido do CREMERS (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul) que vem pleiteando o direito ao “sistema de classes no SUS”, alegando que a resolução do extinto INAMPS que proibiu tal prática, feriu o artigo 196 da CRFB/1988, por

restringir a liberdade de escolha do paciente que quer utilizar do SUS. Porém, tal pedido não deve prosperar, pois seria um retrocesso ao modelo do SUS que se vem construindo nestes mais de 25 anos de sua criação.

A essência do SUS não é tratar as pessoas desigualmente ou dar conforto de acordo com o poder aquisitivo de cada ser humano. O SUS foi criado para todas as pessoas que dele necessitarem e quiserem fazer uso, porém, todos serão tratados de maneira igualitária e da forma que os serviços são prestados/organizados.

Portanto, não assiste razão o pedido do CREMERS pelo simples fato de atentar contra dois princípios basilares do SUS, ou seja, a universalidade e a equidade das ações e serviços de saúde.

Tal hipótese é reforçada ao analisar os diversos pareceres contrários (na Audiência Pública) ao pedido do CREMERS, pois foi quase unânime a menção aos princípios da universalidade e equidade na defesa pelo Sistema Único de Saúde. Também se utilizou de ambos os princípios o juiz ao prolatar a sentença em primeiro grau, e os desembargadores no acórdão da apelação, ao indeferirem o pedido do Conselho.

Assim, caso o Supremo Tribunal Federal se posicione a favor da opção pela “diferença de classe”, estaria este conferindo tratamento especial e diferenciado aos pacientes de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde.

Ademais, autorizar a “diferença de classe” é retroagir no tempo, pois se sabe que determinadas pessoas (as que mais necessitam) serão atingidas pela decisão, pois criará no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma classe privilegiada de pessoas que terá acesso quase que exclusivo através da porta do SUS.

Sabe-se que o SUS possui grandes problemas financeiros e que ainda está aquém do sistema de saúde como pensado pelo legislador constituinte, mas, permitir a “diferença de Classe” não seria a solução cabível para problema tão complexo. Essas soluções devem ser sólidas e discutidas no foro apropriado para que surtam efeitos verdadeiros e duráveis.

Dessa forma, o Supremo Tribunal Federal, como guardião e intérprete da Constituição Federal de 1988, não deve dar provimento ao recurso extraordinário da presente Ação Civil Pública, pois deve aqui prevalecer toda a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde, sustentado em dois importantes princípios,

ou seja: a universalidade e equidade no acesso as ações e serviços de saúde. Só assim, estará o STF garantindo a continuidade de um direito que por tanto tempo foi “negado” aos brasileiros, ou seja, o Direito Fundamental à Saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011a.
- AGUIAR, R. "Saúde Pública, SUS e Participação Social". **Caderno Texto do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais – Saúde**. Belo Horizonte, 2011b.
- AITH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/>>. Acesso em: 17 out. 2015.
- BAHIA, L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.I.*et.al.* **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 407-449.
- BAPTISTA, T. V. de F. História de políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Orgs.). **Políticas de saúde e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 28-60.
- BARROS, G. N. M. Sólon de Atenas – Cidadania e Paidéia. **Hypnos** (PUCSP – Revista do Centro de Estudos da Antiguidade), São Paulo, n. 26, 2011, Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/hypnos/article/view/6507/4719>>. Acesso em: 17 ago. 2012. p. 36-47.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. 11. São Paulo: Ática, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, v. 12. Brasília: CONASS, 2007.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos – Brasília: CONASS**, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_20\\_anos\\_conass\\_2009.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf). Acesso em: 09 de ago. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 02 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm)>. Acesso em: 02 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 25 de março de 1824. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm)>. Acesso em: 31 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm)>. Acesso em: 01 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm)>. Acesso em: 01 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 49.974-A**, de 21 de janeiro de 1961. Disponível: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm)>. Acesso em: 25 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.439**, de 1º de setembro de 1977. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6439.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6439.htm)>. Acesso em: 24 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 2.312**, de 3 de setembro de 1954. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2312-3-setembro-1954-355129-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 581488**. Relator: Min. Dias Toffoli. 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub>>

/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=2604151> Acesso em: 8 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal . **Regimento Interno**: [atualizado até maio de 2013] consolidado e atualizado até maio de 2002 por Eugênia Vitória Ribas. Brasília: STF, 2012. Disponível em: [http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoregimentointerno/anexo/ristf\\_maio\\_2013\\_versao\\_eletronica.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoregimentointerno/anexo/ristf_maio_2013_versao_eletronica.pdf). Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Audiência Pública**: Internação hospitalar com diferença de classe no Sistema Único de Saúde. Realizada em 26 de maio de 2014. DJe-057 DIVULG 21/03/2014 PUBLIC 24/03/2014. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscricaoInternacaoHospitalar.pdf>> Acesso em: 19 out. 2015.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros editores, 2006.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova** [online]. 1989, n.19, pp. 123-140. ISSN 0102-6445. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 07, set, 2015.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde In: \_\_\_\_\_; LIMA, N.I.*et.al.* **Saúde e Democracia**: História do e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 385-405.

COHN, A; ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Conferência Internacional Sanitária**, 1946. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2015.

COSTA, A. M; LIONCO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **SAÚDE E SOCIEDADE**. São Paulo, v. 15, n. 2, p.47-55, mai./ago. 2006.

DALLARI, S. G. **Direito à saúde**. São Paulo: Artes Gráficas, 1986.

DALLARI, S. G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 327-334, Ago. 1988 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101988000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 nov. 2015.

DALLARI, S. G. Direito sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1: Coletânea de Textos. p. 39-64. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf)> Acesso em: 23 abr. 2015.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

DIMOULIS, D; MARTINS, L. **Teoria Geral dos direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2007.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, Aug. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 out. 2015.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo de reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GONÇALVES, M. de L. **Participação Social no Sistema Único de Saúde: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. SP. 1999. 252 f. Tese (Programa interunidades de Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, USP, Ribeirão Preto, 1999.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-03.pdf>> Acesso em: 16 abr. 2015.

MARTINS, W. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: \_\_\_\_\_; MOURA, A. L. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, M.R.; SILVEIRA, M.A.C. Direito fundamental à saúde e a internação hospitalar na modalidade “diferença de classe” nas decisões do Supremo Tribunal Federal – STF. In: SCORTEGAGNA, F.; COSTA, M.; HERMANY, R.. (Orgs.). **Espaço local, cidadania e políticas públicas**. Santa Cruz do Sul: Editora IPR, 2010. p. 17-41.



PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: J. S. Paim, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PALHA, P. F; VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 19-26, Sept. 2003 .Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 out. 2015.

PINHEIRO, M. C., WESTPHAL, M. F, AKERMAN, M. A. Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988, in **Cadernos de saúde pública**, vol. 21, nº 2. 2005.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde**: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

ROSARIO, C.A. **Os sentidos da universalidade no debate da saúde no Brasil**: uma análise da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro. 2015. 128f. Dissertação Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SANTOS, N. R. d.. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n.1,p.273-280, Jan.2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 out. 2015.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11. ed., rev. e atual. Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2012.

SARMENTO, D. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2006.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. 2. ed. São Paulo: SENAC São Paulo, 2005.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. USP. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2015.

SILVA, J. A. d. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2008.

TRINDADE, A. A. C. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. Vol.1. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1997.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. - Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acesso em: 03 set. 2015.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gatão Wagner de Sousa *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 559-590.

VIANA, A. L. Á.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 58-68, Mar. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Nov. 2015.

VIEIRA, R. d. S. **A cidadania na República Participativa**: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 540p, Tese (Doutorado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Direito, UFSC, Florianópolis. 2013.

WOLKMER, A.C. Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos. **Revista Jurídica**. Paraná. v. 2, n. 31. Disponível em < <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/593/454>> Acesso em: 12 out. 2015

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estud. av.**, São Paulo , v. 13, n. 35, p. 65-70, Apr. 1999 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out.. 2015.